

TESIS/3194

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

DE MADRID

UAM

HISTORIA DE LA CIRUGIA

DE LA

HERNIA INGUINAL Y CRURAL

EN ESPAÑA

Y OTROS TEMAS CON ELLAS RELACIONADOS

IMPORTANTES PARA SU MEJOR ENTENDIMIENTO.

Doctorando: Eduardo Fernández y Morales

Co-directores: Dr. Rafael Huertas Garcia-Alejo y
Dr. José Antonio Rodríguez Montes

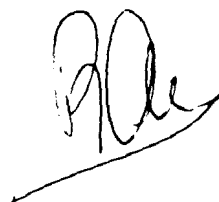
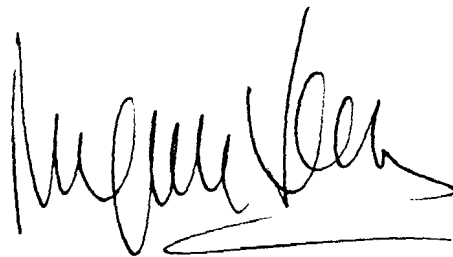
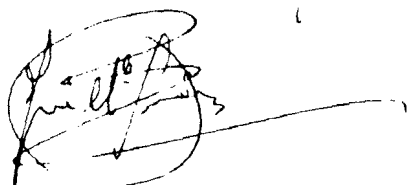
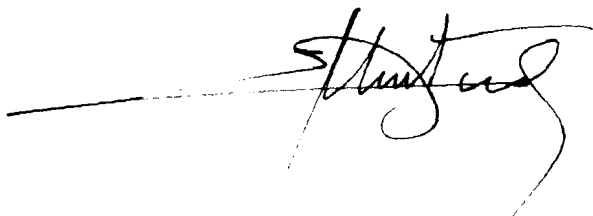
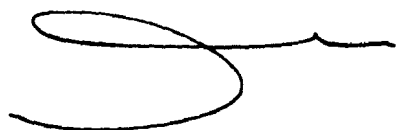
Res. FM. 14971

Toledo -1996-

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la
fecha, acordó calificar la presente Tesis Doctoral
con la censura de Apto "cum laude" por unanimidad

Madrid, 12-XI-76





Consejo Superior de
Investigaciones Científicas

CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

Duque de Medinaceli, 6 28014 Madrid, España
Tel. (91) 429 06 26 Fax (91) 369 09 04

RAFAEL HUERTAS GARCIA-ALEJO, INVESTIGADOR CIENTIFICO DEL CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS Y PPROFESOR DE HISTORIA DE LA MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID,

C E R T I F I C A: Que la Tesis Doctoral de Don Eduardo Fernández Morales, titulada "Historia de la Cirugía de la Hernia inguinal y crural en España", ha sido realizada bajo su dirección en el Departamento de Historia de la Ciencia del Centro de Estudios Históricos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Que a su juicio esta tesis doctoral reúne todas las características necesaria de calidad y elaboración para ser defendida ante el Tribunal que la Facultad designe para juzgarla.

Y para que conste, firmo el presente en Madrid, a nueve de abril de mil novecientos noventa y seis.





Facultad de Medicina

D. JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ MONTES, Profesor Titular y Director del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid,

ACEPTA la co-dirección del trabajo titulado *"Historia de la Cirugía de la Hernia Inguinal y Crural en España y otros temas con ellas relacionados importantes para su mejor entendimiento"* compartida con el Dr. R. Huertas García-Alejo, y con el que el Doctorando **D. Eduardo Fernández Morales** optará en su día al grado de Doctor.

Madrid, 15 de abril de 1996

Fdo:
José Antonio Rodríguez Montes
Co-Director de la Tesis



Facultad de Medicina

D. José Antonio Rodríguez Montes, Profesor Titular y Director del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la UAM,

CERTIFICA:

Que *D. Eduardo Fernández Morales*, ha realizado el trabajo titulado *"Historia de la Cirugía de la Hernia Inguinal y Crural en España y otros temas con ellas relacionados, importantes para su mejor entendimiento"*, bajo su dirección.

Y para que conste donde proceda, firmo el presente certificado en Madrid a veintiuno de junio de 1996.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'J' followed by a vertical line and a small flourish.



A Maria José, Iria y Eduardo. A mi madre Maria Josefa.

A La memoria de mi padre.

Mi más sincera gratitud y reconocimiento al Profesor D. Rafael Huertas Garcia-Alejo, investigador científico del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Profesor de Historia de la Medicina de esta Facultad. Así como al Dr. D. José Antonio Rodríguez Montes, Director del Departamento de Cirugía. Gracias a la dirección de ambos, a su ayuda para facilitarme el acceso a las fuentes, a su supervisión y a su disposición he podido realizar esta tesis doctoral.

También deseo expresar mi agradecimiento a todos mis compañeros de servicio, como a mi jefe de sección Dr. Santiago López Díez, y a mi jefe de servicio Dr. Eufasio Bengoechea González. También a la dirección del Hospital "Virgen de la Salud"; donde trabajo. Me facilitaron y me animaron en este cometido.

Le agradezco también su colaboración a los bibliotecarios de las bibliotecas consultadas, los cuales me facilitaron enormemente la recopilación de datos.

FE DE ERRATAS y NOTAS EXPLICATIVAS

-Página 222: " En las heridas por instrumentos cortantes, si son longitudinales, la situación debe ser supina con extensión de los muslos; pero si son oblicuas ó transversas, se forma semiarco, manteniéndose supino en las transversas, y ladeado en las oblicuas".

Debe referirse a la herida de la pared abdominal.

-Página 256: " Para Ortiz de la Torre las recidivas eran el 10 por ciento, y para Lozano era del 0,5 al 3 por ciento."

No especifican el tiempo de seguimiento. Da la impresión que se refiere a las recidivas precoces.

INDICE

	Página
<u>INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA.</u>	
Objetivos.....	IV
Estado de la cuestión.....	IV
Material y Método.....	XVI
 <u>PRIMERA PARTE: SIGLOS XVI al XIX</u>	
Definición y Clasificación.....	1
Etiología.....	7
Clínica.....	10
Diagnóstico Diferencial.....	14
TRATAMIENTO.-	
Taxis.....	15
Dieta.....	20
Tratamiento Médico.....	22
Braguero.....	31
Tratamiento Quirúrgico.....	39
Contraindicaciones del Tratamiento Quirúrgico.....	55
HERNIAS INCARCERADAS.....	56
HERIDAS DEL ABDOMEN.....	78
Heridas del Intestino. Sutura.....	82
Costura del Abdomen o Gastrorrafia.....	89
COMPROMISO DE LA VIABILIDAD DEL	
CONTENIDO HERNIARIO.....	91
Pronóstico, Evolución y Complicaciones de las	
Hernias incarceradas.....	104
Extrangulación del "Diverticulum".....	106
APÓSITOS, VENDAJES Y CURAS.....	107

HERNIAS CONGÉNITAS.....	113
HERNIA CRURAL.....	115
PRONÓSTICO DE LAS HERNIAS.....	122
INSTRUMENTAL.....	123
RELACIÓN DE AUTORES.....	125
BIBLIOGRAFIA.....	133

SEGUNDA PARTE: SIGLO XIX E INICIOS DEL XX

Definición.....	137
Frecuencia.....	139
Clasificación.....	140
Etiología.....	141
Diagnóstico Diferencial.....	142
TRATAMIENTO.-	
Taxis.....	143
Braguero.....	152
De los Métodos Operatorios empleados para obtener la cura radical de las hernias.....	159
Métodos de Invaginación.....	163
Operaciones Directas con Incisión Amplia de los tegumentos.....	171
Hernia Inguinal en la mujer.....	181
COMPLICACIONES Y MORTALIDAD.....	186
HERNIAS INCARCERADAS.....	192
Conducta que debe seguirse con respecto al Contenido de la Hernia.....	208
Complicaciones y Mortalidad de las hernias encarceradas.....	205
TRATAMIENTO DE LA HERIDA Y	
DEL POSTOPERATORIO.....	215
ANO CONTRA NATURA.....	217

REPARACIÓN DE HERIDAS INTESTINALES.....	222
HERNIAS CONGÉNITAS.....	230
HERNIA CRURAL.....	235
HERNIAS COMO ACCIDENTE DE TRABAJO.....	243
RELACIÓN DE AUTORES.....	244
BIBLIOGRAFIA.....	247
<u>CONCLUSIONES.....</u>	250
<u>FUENTES Y BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.....</u>	263

INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

OBJETIVOS

Objetivos Generales.-

Se pretende en esta tesis doctoral estudiar la evolución la evolución de la hernia inguinal y crural desde el siglo XVI hasta inicios del XX.

Se estudiará todos los aspectos: definición, clasificación, etiología, clínica, tratamiento, complicaciones, hernias adquiridas y congénitas.

Se desea conservar al máximo la idea y el texto del autor original, por lo cual se va a rescatar los textos resumidos, conservando su espíritu y su sabor ancestral.

Se estudia las obras seleccionando las ideas más importantes o innovadoras de cada autor, agrupándola en el capítulo correspondiente.

Así pues, se rescata las antiguas definiciones, clasificaciones, tratamientos, etc., de las hernias, las cuales conforme evolucionan son más precisas, y van mejorando con el mejor conocimiento anatómico y técnico.

En cuanto a la clínica, que era la base principal para las decisiones terapéuticas, sus descripciones son muy completas en el siglo XVIII y XIX. Se rescatan cuidadosamente.

Se expone el Diagnóstico Diferencial con otros procesos, cuya equivocación podía ser mortal para el paciente.

En lo referente al tratamiento, se expone los regímenes dietéticos, particularmente recogidos de **Juan de Vigo**; fórmulas magistrales, especialmente de **Munnicks**; se conceptúan los distintos medicamentos de la época que tienen relación con este proceso. Estos aspectos del tratamiento van perdiendo valor a partir del siglo XIX.

Se describe la estructura de los bragueros; su evolución en lo referente a su diseño y materiales. Se exponen las distintas variedades de bragueros, sus indicaciones y contraindicaciones.

También se expone la Taxis con sus diversas modalidades: forzada, elástica, con compresión..., conforme se desarrolla el tratamiento quirúrgico se realiza menos forzada y menos frecuentemente. En esa época en la que el tratamiento quirúrgico era tan arriesgado, la taxis consistía en la medida terapéutica más importante, y por lo tanto estaba muy desarrollada.

Se expone el tratamiento quirúrgico y sus indicaciones, y diversas maneras de proceder, mediante cirugía sólo, con cauterio, con causticos, etc. Se rescata técnicas de diversos cirujanos.

También se expone su pronóstico, complicaciones y mortalidad.

Se habla de la hernia extrangulada en sus distintas facetas; se recoge también lo más original o importante del tratamiento del intestino y del epiploon gangrenado.

Hay otros aspectos de la cirugía relacionados con el tratamiento de las complicaciones de las hernias, que se comenta, como el tratamiento de las heridas abdominales e intestinales.

Se expone facetas semejantes de las hernias crurales, y congénitas.

Se hace una breve presentación de los cirujanos cuyas obras he recogido.

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Los estudios históricos de Cirugía que se han revisados se dedican, en general,

más al personaje; y aquellos que se dedican a sus obras lo estudian globalmente, o expone sus aspectos más representativos.

Considero que en este aspecto de la cirugía, y refiriéndonos a la cirugía española concretamente, hay un vacío documental, el cual viene a llenar este estudio.

Alguna obra, como la de Victor Escribano, trata el tema, aunque de un modo más breve y más general.

A continuación expongo un resumen del estudio de algunos autores sobre la Cirugía y el tratamiento de las hernias:

Historia de la Profesion de Cirujano¹

La Cirugía es la especialidad mas antigua, junto con la de comadrón, es muy remota. Su confusión con el sacerdocio hizo que la Medicina quedase relegada de ordinario en la casta sacerdotal con detrimento, sobre todo para la Cirugía. En Egipto, Mesopotamia y otros países la Medicina estaba bien delimitada. Prescindiendo del sacerdote médico, auténtico representante de su casta, aparecieron después otras personas dedicadas a curar, más humildes y en mayor contacto con el pueblo sencillo, a los cuales encargaban los sacerdotes médicos las intervenciones en las que podían mancharse las manos con sangre, pus, etc. Eran individuos carentes de "estudios científicos". Así pues quedó la Cirugía en manos muy precarias, y con difíciles posibilidades de grandeza.

En la India, en cambio, tuvo un mayor desarrollo, quizás al no estar dicha profesión adjudicada a una sola casta, como la reconstrucción plástica de la nariz, la laparotomía, el ileo.

Los médicos de Grecia ejercían una actividad profesional libre e independiente; realzaron la cultura médica precedente. Su elevada ética se manifiesta en el antiguo juramento *Corpus Hippocraticum*.

La Cirugía también tuvo su época de esplendor en Grecia, después en Alejandria, y en el Imperio Romano. Los cirujanos griegos mantuvieron su prestigio incluso en Roma.

La especialidad se aprendía de un maestro; no importaba en aquella época cómo y dónde se obtenían los conocimientos.

La práctica médica era libre. Los médicos establecidos en los gimnasios, llamados gimnastas o iatrotriptas estaban especializados en el tratamiento de las fracturas y dislocaciones; los pertenecientes a las escuelas de gladiadores debían conocer la cura de las heridas.

En la época de los Césares se desarrollaron las especialidades, incluso la Cirugía. Era deshonesto exigir honorarios, y sólo en el siglo sexto asignó Justiniano a los médicos sus honorarios correspondientes.

Para la asistencia de los enfermos, incluidos los quirúrgicos supuso un paso importante la creación de hospitales, se establecieron primero en el Imperio Romano, bajo el emperador Augusto, para los ejércitos y los esclavos de los latifundios. También en el reino bizantino bajo la influencia de la Iglesia cristiana; y en el Imperio Árabe, donde se utilizaban para la docencia.

En los países occidentales, en la Edad Media el desarrollo intelectual fué mucho menor

¹.-Por el Profesor Dr. Walter von Brunn. Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad de Leipzig. Berlin. 1928.

que en los siglos anteriores. Muchos conocimientos médicos fueron salvados por el clero, y era frecuente que los médicos perteneciesen a la clerecía. También se dedicaba a la Medicina la clase modesta con conocimientos adquiridos mecánicamente; iniciativa en parte estimulada por la prohibición del Derecho Canónico a los clérigos de practicar la Cirugía.

Muchos de los cirujanos proveniente de estas familias modestas, alcanzaron gran prestigio, sobre todo en Italia, donde los conocimientos quirúrgicos se transmitían de modo tradicional en el seno de las familias. Así se engrandeció la Cirugía a fines de la Edad Media, como en Salerno, en poblaciones del norte de Italia y del golfo de Mesina. Del norte de Italia proceden los operadores de hernias y de la talla, del cristalino y operaciones plásticas.

De Milán, por el año 1300 llevó **Lanfranc** sus conocimientos a Francia, donde por iniciativa de **Juan Pitard**, había creado el **Collège de St. Côme**, en 1260, institución que fue famosa escuela y centro profesional en Francia.

En los siglos posteriores, y, bajo la advocación de San Cosme Damián, se crearon en los países occidentales sociedades de cirujanos a semejanza de la de Pitard.

Adquirieron gran renombre y experiencia, sobre todo los cirujanos militares, como Hugo de Lucca a inicios de siglo XIII, y Henri de Mondeville un siglo más tarde.

Les hacían gran competencia los curanderos transhumantes, dedicados con frecuencia a la hernia y a la talla, que ocasionaron gran perjuicio a la sociedad y a los cirujanos probos.

En la Edad Moderna, **Vesalio** le dio un gran impulso a la Cirugía. **Ambrosio Paré** consiguió, además, que los cirujanos fuesen mejor considerados.

La Cirugía no se benefició apenas con las esplendorosas Universidades. **Fabriz von Hilden** y **Purman** consiguieron levantar en el siglo XVII el prestigio de la profesión.

En el siglo XVIII, y con dificultad, fue mejorando la consideración pública de los cirujanos, aún se mantenía la separación entre médicos dotados de "cultura científica" y cirujanos "subalternos", aunque el clero hacía tiempo que estaba alejado de la actividad médica.

Francia y su Academia de Cirugía, fundada en 1731, tuvo gran relevancia en el siglo XVIII. Debemos a **Laurencio Heister** y a **A. G. Richter**, **Desault** y **John Hunter** la equiparación de la Cirugía a la Medicina al finalizar el siglo. Tuvo gran importancia en esta evolución la fundación de la Academia médico-quirúrgica "**Josephs-Akademie**" de Viena, en 1785, el Colegio médico-quirúrgico berlinés, diez años después, la fusión de las escuelas de Medicina y Cirugía de París (**École de Santé**). Se fundaron clínicas universitarias quirúrgicas en los distintos países. La trascendente Academia de Cirugía Alemana se fundó en 1872.

LA CIRUGIA ESPAÑOLA. SIGLOS XVI Y XVIIⁱⁱ

Los cirujanos españoles se formaron como profesionales libremente, bien en Hospitales, o sirviendo a un cirujano en ejercicio.

El Hospital de Guadalupe tuvo una gran transcendencia docente, ya desde el siglo XV; Fray Luis de Madrid fue el último "lego y grand cirujano".

ⁱⁱ.- S. Granjel Luis. Cirugía Española del Renacimiento. Salamanca. 1968. Páginas 13-27.

Con los cirujanos reconocidos como tales, coexistían numerosos "empíricos", especializados en cierto tipo de intervención, o curación: los algebristas, los ensalmadores, hernistas, sangradores, oculistas, sacadores de piedras, peritos en ciertos males de orina; y el habitual barbero-cirujano, algunos de reconocido prestigio, como *Francisco Somovilla*, maestro de curar piedras, rotura y hernia, adscrito a la Corte de Felipe II desde 1566, hasta su muerte, en 1574.

La regulación de la Cirugía la encomendó Felipe II, bajo la probable influencia de sus médicos, sobre todo de *Luis Mercado*, al Tribunal del Protomedicato; su primera providencia, de 1563, dice:

"...Que los Cirujanos no sean admitidos por nuestros Protomedicos a examen de Cirugia, sin que primero traigan testimonio de como la han praticado en algun Hospital donde hay Cirujano aprobado, o en alguna ciudad o villa donde haya tal Cirujano aprobado por espacio y tiempo de quatro años cumplidos; y si los tales Cirujanos no tuvieren las calidades y cursos que se requieren para ser Medicos, curen tan solamente de Cirugia, y para las evacuaciones y otras cosas necesarias llamen Medico acompañado, habiendole en el pueblo".

Añade en 1588:

"No admitan a examen a ningun Cirujano si antes no le constare por bastante informacion hecha en pública forma, que ha praticado quatro años cumplidos en alguna ciudad, villa o lugar, o hospital con Medico o Cirujano graduado por alguna de las Universidades aprobadas; la qual probanza no sea recibida ni haga fe, si no viniere fecha por mandado del corregidor o Alcaldes de la misma ciudad o partes donde pratico".

No obstante, dado quizás la falta de cirujanos, en 1593, añaden:

Que los que se hubieren de examinar en Cirugia de aqui adelante hayan de tener forzosa y precisamente tres cursos oídos de Medicina, habiendo oído Artes primero; y quando se vinieren a examinar, traigan probados los dichos tres cursos, y hayan praticados dos años en Cirugia, de que ansimismo traigan testimonio: y que para los lugares donde no hubiere Cirujano con estas calidades, entretanto que los hay, se puede dar licencia por estos siguientes quatro años primeros, y no mas. a otro que no la tenga, trayendo testimonio y informacion de que no hay quien cure Cirugia en tal lugar ni en otro cercano, sino el que asi se quiere examinar".

El examen por el Tribunal del Protomedicato constaba de pruebas teóricas y prácticas. Los Médicos también podían tener la licencia para ejercer la Cirugía si pasaban la prueba, y acreditaban un año de práctica con "Cirujano graduado". Posteriormente, en 1593, dispuso 16 de marzo de 1595 Felipe II, que en el Tribunal del Protomedicato se halle siempre uno de los cirujanos de mas ciencia y experiencia de la Corte.

También refiere: "Que los Cirujanos que se hubieren de examinar traigan sabidas de coro, para ser examinados las recopilaciones que estan hechas por los Protomedicos.

A finales del XVI, se pretendió en nuestro país regular el ejercicio de la Cirugía, y su enseñanza, aunque parece que en la Universidad de Valencia, ya se enseñaba desde el inicio, con su primer profesor *Jaime Colom*. En la segunda mitad del siglo se crea la cátedra de Cirugía en la Universidad de Salamanca, a petición de Felipe II(1566). Posteriormente se crearon en Valladolid y Alcalá(1594).

También en 1594 la Real Cédula de Felipe II detallaba como debía impartirse la enseñanza de Cirugía:

"Item que en la dicha cathedra se aya de leer y lea el primero año hasta pascua de resurreccion el tratado y materia de tumores *praeternaturam* por Galeno en el libro

de arte curativa de Glauconem, o por quien mejor pareciere a la Universidad de los medicos que ay en esa, y de ay en adelante hasta fin del año se lea de la algebra la parte de dislocatione; y el segundo año se lea la materia de heridas hasta el mismo tiempo y lo restante del año la otra parte de la algebra ques de *guesos quebrados*; y el tercer año la materia "*de ulceribus*" al cabo de lo de algebra, y por este orden se ha de leer y lea siempre.

Los que ovieren de ser çurujanos y se ovieren de examinar y aprovar por los nuestros protomedicos ayan de aver oydo tres cursos de arte aunque no an de ser obligados a graduarse de bachilleres, y cumplido estos an de oyr otros tres de çurugia cursando en la dicha cathedra oyendo juntamente otra leccion de medicina y en los dos postrero años destos tres an de praticar y ganar otros dos cursos en pratica de çurugia praticando y visitando enfermos con çurujano de ciença y esperiencia, y para ser admitidos a examen an de traer provados todos dichos cursos de artes , çurugia, medicina y pratica, y no an de ser examinados de otra suerte"...Y para que mas se aficionen los que quisieren profesar este arte de çurugia queremos que a los que nuestros protomedicos pareciere ser mas doctos y suficientes se les pueda dar y daremos licencia para que se puedan llamar y firmar licenciados sin embargo que no tengan el tal grado, solo para dicho efecto".

No obstante la falta de Cirujanos continuaría siendo importante porque en 1603 Felipe III admitió la existencia de los "cirujanos romancistas", los que, aunque no hayan estudiados Artes ni Medicina; bastaban acreditar tres años de prácticas en hospitales, y dos con médico o cirujano, para ser admitidos a examen los protomédicos.

La mayoría de los texto quirúrgicos estaban redactados en castellano, quizás dada la falta de estudios universitarios de muchos cirujanos. La formación de los cirujanos se basa en textos medievales, y nuevas obras de cirugía dese finales del XV, como: *Chirurgia maior, de Lanfranco*; *Chirurgia de Pedro de Argelata*, el importante texto de *Guido de Chauliac*, *Lilium de Medicinae de Bernardo Gordonio*, *Libro o Practica en Cirugia de Giovanni de Vigo*; *Summa y examen de Chirurgia de Antonio Pérez*, texto de los cirujanos romancistas.

En la segunda mitad del XVI sufrió un importante florecimiento la Cirugia Española, con Francisco de Arceo (1493-1580), estudió en Alcalá, y ejerció en Extremadura, sobre todo en Guadalupe. El toledano Juan Fragoso, quien también estudió en Alcalá, cirujano de Felipe II; murió en Madrid en 1597. Juan Calvo, de Valencia, donde estudió, también residió en Montpellier. Las obras de estos ilustres cirujanos no sólo se difundieron en nuestro país, sino en países extranjeros siendo traducidas al alemán, inglés, italiano, etc.

Otros importantes cirujanos fueron: Francisco Diaz, natural de Rioseras(Burgos); estudió en Alcalá y Valencia. Fue cirujano de Cámara con Fragoso. El vallisoletano Dionisio Daza Chacón, que nació sobre el 1503, estudió en valladolid y Salamanca. Trabajó en la Corte con Felipe II. El sevillano Bartolomé Hidalgo Agüero (1530-1597); su discípulo Pedro López de Leon, entre otros.

El ejercicio de la Cirugia y el de la Medicina estaba regulado por las Cofradías de San Cosme y San Damián, donde ingresaban tras acreditar sus documentos y pasar un examen .

La Cirugia y los Textos Quirurgicos en el Siglo XVIIIⁱⁱⁱ

Si bien en los primeros cincuenta años aparecen algunos apuntes de renovación, la Cirugia Moderna sólo penetra en nuestro país en la segunda mitad.

Esta giro se llevó a cabo gracias a la **presencia** mas importante en nuestro país de la **Cirugia extranjera**, por varias circunstancias:

Los mejores cirujanos que ejercen en nuestro país durante la primera mitad son extranjeros, asimismo los mejores textos son versiones de obras extranjeras.

Las nuevas doctrinas ideológicas iatromecánica y iatroquímica de la Medicina, aunque estas no renovó la Cirugia hasta la centuria Ilustrada, permaneciendo fiel al tradicional galenismo.

Una nueva enseñanza del **saber anatómico**.

Creación de nuevas instituciones en España: los **Reales Colegios de Cirugia**.

Los textos patentizan el gran desnivel científicos entre nuestro país y los vecinos, recuperándose en pocas décadas a finales del Setecientos. Pero esto es característico en todas las ciencias aplicadas y artes manuales, pues no sólo basta la enseñanza en los libros, sino es necesario el aprendizaje directo.

Durante la segunda mitad hay una amplia comunicación de la Cirugia Española con la Europea, gran número de cirujanos ejercen en nuestro país: *Mr. Abadie, Pedro M.^a Aubery, Jerónimi Simon de Coeur, Carlos Nicolás Jenty, Juan Baluard, Claudio Mestoud*. También estuvieron grandes anatomistas, como *Blas Beaumont, Florencio Kelli, Vidart*.

Este influjo extranjero, sobre todo francés, es favorecido por la **política europeísta** de los Borbones; siendo frecuente la contratación real de cirujanos extranjeros, franceses los más. Estos ayudaron a renovar el bajo nivel de la Cirugia española. Se producía la salida de alumnos y profesores, de los Reales Colegios a centros europeos: franceses, ingleses, holandeses, estimulados por becas y pensiones.

En los Reales Colegios existía una preferencia por los textos extranjeros; la misma Sociedad de Medicina de Sevilla mostró interés por todo lo extranjero, como dice Pedro Balmaña: "la Cirugia en esta ciudad(Sevilla)sin servirse, y sin conocer muchos instrumentos, hasta que la Sociedad traxo de París sus Cajas de Operaciones...Desde entonces puede fixarse la época de conocer, y usar instrumentos la cirugia moderna en España."(P. Balmaña (3). Del Colegio de Cádiz, fundado en 1748, salen en 1751 a París *José Antonio de Béjar, José Savarresa*; en 1758 D. *Diego Velasco y Francisco Villaverde*, autores del mejor tratado español del siglo XVIII de operaciones, dicen:" Dispuso...que durante nuestra mansión en París, adonde S. M. nos habia destinado...formassemos una coleccion de operaciones de Cirugia para uso de los alumnos del mismo Real Colegio..." Dos de los mejores cirujanos del siglo, *Mariano Ribas, y Antonio Gimbernat* hicieron un importante viaje en 1774.

Entre las obras traducidas, la primera obra importante son *las Instituciones Chirurgicas*, del autor alemán *Laurencio Heister*, uno de los textos mas difundidos durante la centuria, traducida por *Andrés Garcia Vazquez*; fue uno de los textos más importante de la cirugia europea de época. Al promediar la centuria aparece la versión castellana de *Crítica sinopsis de la Cirugia, y compendio práctico manual de sus operaciones, del*

ⁱⁱⁱ.- Riera Juan. Los Textos Quirúrgicos Españoles de la Segunda Mitad del Siglo XVIII. Salamanca. 1968. Paginas 10-41.

británico *Samuel Sharp* (Madrid, 1753). Asimismo *Principios de Cirugia* de *Jorge de la Faye*, traducido por *Juan Galisteo y Xiorro*, médico de la Corte (Madrid, 1761). La *Cirugia* de *Juan de Munnicks*. La famosa obra de Boerhaave, los *Aphorismos de Cirugia* (Madrid, 1774-88), traducido por *Juan Galisteo y Xiorro*. Ya finalizado el siglo aparece en castellano la obra de *Pierre Lassus*, *Medicina Operatoria o tratado elemental de las operaciones de Cirugia* (Madrid, 1797).

Fue famosa la aportación de *Antonio de Gimbernat*, *Nuevo Método de operar la hernia crural*, traducida al inglés, alemán, y francés.

Los estudiantes formados en los Colegios fueron los que aprovecharon esta renovación, gracias a su profesorado bien formado, y sus textos mejores y más actualizados, redactados de modo didáctico. Por el contrario, los escasos cirujanos formados en las Universidades, no acusaron este impulso, sino hasta finalizar el siglo. Pero los formados en los Colegios salían con la doble condición de buenos Cirujanos y Anatomistas.

La mejora de la Cirugia la razona *Diego Velasco y Francisco Villaverde*: "...No ha muchos años, que para el ejercicio de esta Arte, generalmente se presentaban hombres sin talento, sin educación, y sin cultura: Puestos desde el principio en la humilde condicion de Barberos, dirigidos de un Maestro, que nacido y criado en su Tienda, nunca supo formarse una sana idea de la Cirugía...Eran las Escuelas de Cirugía, que por nuestra desgracia llegaron a suceder á las Cáthedras, que fundaron nuestros ilustradísimos reyes en las mas famosas Universidades de España. Este era el único Seminario de donde la Nación habia de sacar Profesores, que se encargasen de la salud de los Pueblos, de los Exércitos, y de las Armadas; y toda la esperanza y recurso, que prevenía a la Patria a las mayores necesidades del Público, era un cierto número de hombres sin estudio, que acompañado de su ignorancia, su osadia, y temeridad, exponian la vida del honrado labrador, y la suerte de su inocente familia; en la Armada y Exercitos hacian más estragos que el plomo, y acero de los enemigos...De aquí ha resultado la necesidad, no menos perjudicial a la Nación, que indispensable, de haber de mendigar Cirujanos Estrangeros, pera el Servicio de la Marina, y de la Tropa, ocupando éstos las plazas, y establecimientos, que debieran permear el mérito de los nuestros. De aquí la miseria de los Pueblos cortos, que no pudiendo lograr este recurso, se veia en la precisión de tener por Médico, y Cirujano, a un ignorante Barbero, cuya grosera impericia, ocasionando la orfandad de las familias, disminuian la población. De aquí, en fin el deshonor de esta importantísima Arte, que por la obscura fortuna de los muchos que sin talento la exercían, por los baxos oficios en que se ocupaban, y por el ningún servicio importante, que hacían de la Patria, eran el objeto de los desprecios de todos. Tal era el estado de la Cirugia en España..."^{iv}

^{iv}.- Velasco D. Diego y Villaverde Francisco. Curso Teorico Practico de Operaciones de Cirugia. Madrid. Imprenta de D. Benito Cano. 1797. En la introducción.

Historia de la Cirugia de la Hernia¹·

El tratamiento de las hernias constituyó la preocupación constante de los médicos; de ordinario se venia empleando el braguero hasta que se perfeccionó el tratamiento de las heridas.

En tiempo de los merovingios, se conocia el braguero de hierro por haberse descubierto algunos ejemplares en sus sepulturas. Los primeros bragueros elásticos de acero proceden de Stromayr (1559).

De las numerosas advertencias registradas en el curso de los siglos, según las cuales en la curación radical operatoria de la hernia podría evitarse la pérdida del testículo, se desprende que para obtener la curación completa de la hernia casi siempre se requería la castración; lo cual no es extraño considerando que aquellos cirujanos debían operar con rapidez, sin anestesia, entonces una vez abierta la piel, aparecía como un sólo elemento anatómico el saco herniario con el testículo y el cordón espermático, y, al no disponer de calma necesaria para disecarlos y separarlos, se reducía el contenido del saco herniario exprimiéndolo hacia arriba con la mano, se colocaba una pinza lo mas cerca posible del cuello del saco, dicha pinza incluía entre sus ramas el cordón espermático, se ligaba en masa el pedículo así constituido, y se dejaba abierta la herida cutánea para que pudiera fluir el pus. Como es natural, de ordinario recidivaba la hernia, y en algunos casos la ventaja de la intervención se reducía a que la hernia reproducida podía contenerse mejor por medio del braguero.

La curación operatoria de la hernia sólo fue posible después de descubierta la antisepsia, y, al parecer, las primeras operaciones afortunadas la realizaron, por el año 1871, Rissel y von Nussbaum. Los éxitos actuales se atribuyen Czerny (1879), Bassini (1889) y Kocher (1892).

El genial Pierre Franco operó por primera vez con éxito la hernia estrangulada, en 1561.

En Italia, Horacio de Norsia, de la famosa familia de los Norsisnisi, fué un importante cirujano de hernias, como lo dice su amigo Fabricio Acupendente.

Las operaciones de la mitad inferior del abdomen quedaron notablemente facilitadas cuando se mantenía al paciente en elevación pelviana, posición mencionada primero por Celso, y después repetidas veces recomendada y representada por medio de figuras en los escritos de Roger-Glossatore (siglo XIII); todavía se empleaba en el siglo X, como se desprende de la descripción del manuscrito de Gaspar Stromayr, de Lindau (1559). Olvidada por completo fué restablecida por Trendelenburg hacia el año 1890 y uniformemente aceptada¹.

Algo de la Historia de la Cirugia de la Hernia en España^v

La herniotomía no era una operación frecuente en aquella época; no solían practicarla los licenciados ni los doctores, sino ciertos sujetos llamados hernistas y potrereros.

Los Potrereros

Se trataban de empíricos ambulantes, y otros pocos con título de cirujanos

^v Escribano Garcia Victor. La cirugia y los cirujanos españoles del siglo XVI. Granada. Imprenta Urania. Páginas 141-151.

adscritos a los pocos buenos hospitales de entonces. Los potreros, carentes de ilustración, pero provistos de una carta de aptitud, tras sufrir un examen y pagar un tributo, conforme a la pragmática de los Reyes Católicos de 1477; fueron tan duramente criticados por su escasa competencia y su baja moral, que la profesión se consideró deshonrosa, equiparándola a la de bañero, barberos, etc. **Francisco Díaz** los despreciaba, **Cervantes**, hijo de un pobre cirujano de estudios, los llamaba *sanapotras* y *sacapotras*. Da una idea de su valoración social el que estos sujetos solían simultanear los menesteres de hernistas con los de castradores de animales domésticos.

Los Hernistas

Existían "hernistas de plantilla" en los hospitales:

En el hospital de **Tavera**, fundado en Toledo en 1541 por el Cardenal Tavera, para trescientos enfermos, consta que la asistencia facultativa quedaba a cargo de dos médicos, tres cirujanos, un algebrista, un *hernista*, un boticario y un barbero.

En las actas capitulares de Sevilla de 1602, se dice, según **Rodríguez Marín**, (Rinconete y Cortadillo, discurso preliminar), que "**Marco Antonio Parga**, por curar quebraduras, cobraba 24 ducados al año.

Se deduce que había empíricos que llegaban con sus operaciones a órganos donde no intervenían los **Hidalgo de Agüero**, los **Fragoso** y los **Cueva**, immortalizados por la historia.

Personajes de la época que padecieron hernias

Al Cardenal Cisneros le atormentó una hernia, a pesar del suplicio de su férreo braguero que nunca dejaba de llevar, que le producía lesiones y úlceras.

El Dr. **Alfaro**, médico del Rey Católico, citada burlescamente por **Villalobos**.

El mismo **Villalobos** se quejaba de las torturas de una hernia "como un melón de invierno".

La muy voluminosa de **Fray Luis de León**, que padeció en su extrema vejez.

Resumen

Continúa **Escribano**: "En los siglos XV y XVI, los cirujanos aun conocían muy mal la anatomía y la patología herniaria, y faltaba la asepsia. Los operadores ^{vi} pensaban que para obturar el saco era preciso seccionar totalmente su pedículo, incluyendo el cordón, parte integrante e inseparable, entonces; y así lo hacían, ya con hierro candente, ya con cáusticos potenciales, o con la ligadura ciega. Unos utilizaban hilo de oro. Se rechazaba previamente el contenido herniario a la cavidad abdominal, por cual tan sólo operaban las hernias reducidas.

La Hernia Estrangulada

En la estrangulación se intentaba la taxis, apelando a la fuerza en los casos rebeldes, con la ineficacia y las terribles complicaciones consabidas y sólo intervenía el cirujano mediante el cauterio, para incindir el flemón estercoráceo; pero casi nunca para una operación con bisturí metódica y curativa, muy poco usada y por lo general omitida en los libros hasta la segunda mitad del siglo XVI en que la describe **Ambrosio Pereo**,

^{vi}.-No todos pensaban así: véase más adelante.

aunque no la practica sino raras veces: recomienda la incisión de la piel en lo alto del escroto y el empleo de la sonda acanalada, sobre la cual debían seccionarse plano a plano, todas las carnes, continuando los cortes hasta lograr la reducción de la masa extrangulada. No habla A. Pareo de anillos inguinales, ni de pilares, todavía no descubierto por los anatómicos, ni emplea la palabra extrangulación.

No obstante la sonda acanalada ya se usaba por griegos y romanos; existe en el museo de Nápoles, procedente de las excavaciones de Pompeya.

Por otra parte investigaciones modernas parecen probar que Arquígenes y sus discípulos Heliodoro y Antylus, cirujanos de Roma, en los siglos I y II, ya operaban las hernias inguinales de modo semejante al aconsejado por Pareo catorce siglos después.

La Posición Declive

Ya en el siglo XVI y probablemente por antiquísimo conocimiento olvidado, se aconsejaba en la taxis y en la herniotomía la posición denominada hoy de Trendelenburg, por haberla preconizado en 1883, para facilitar ciertas operaciones abdominales, siendo aclamada después por todos los ginecólogos del mundo como una novedad. Está representada tal posición en libros del siglo XIII de la Escuela de Salerno, aunque podría ser transmitido por los árabes.

Los Árabes Andaluces

Los médicos árabes dieron a conocer en España la cura operatoria de la hernia, por lo menos desde el siglo XI: el médico español Mohammed Ettemimy^{vii} enseña y hace practicar a sus discípulos la taxis, aconsejándoles que luego trate la hernia por la sutura, o bien por el cauterio, mediante la sección total del cordón espermático, conjuntamente con el pedículo del saco herniario. Es de notar el poco respeto que el testículo merecía de aquellos operadores, que también lo extirpaban en la operación de hidrocele.

Un Empírico Español

Esta doctrina, transmitida hasta el siglo XVI, principalmente en España, por operadores anónimos, quizás inspiraron a un famoso práctico español, cuyo nombre se ignora.

Trabajaba en Italia, operaba las hernias en gran número, por la simple ligadura-sutura en lo alto del escroto, con buenos resultados. Las primeras ideas y el aprendizaje es probable que los tomara de la tradición arabigo-española, pero no así la maniobra fundamental de su procedimiento, que mejora esencialmente los métodos anteriores. Alejandro Benedetti^{viii} es el único que describe y elogia el procedimiento de este español, en su obra *Omnium e capite ad calcen morborum signa, etc.*, lib. 24, cap. 36, a través del historiador Malgaigne:

"Nuevo Género de Tratamiento para los Enterocelos y Epiplocelos que nosotros publicamos por primera vez

Existe otra forma sin operación, que si bien requiere el empleo de la mano, todo se reduce a una simple punción. El cuerpo debe ser preparado con sangría, purga y dieta.

^{vii}.-Mohammed Ettemimy fué estudiado por Leclerc: *Histoire de la medecine árabe*, t. I. pag. 552.

^{viii}.-Alejandro Benedetti, 1460-1525.

Es esencial abstenerse de toda clase de alimentos la víspera, y no beber sino agua durante tres días. Una aguja fuerte enhebrada con un hilo de seda cruda muy resistente, de un pie de largo y de una plaquita de marfil o de cuerno cuadrada con dos escotaduras profundas en los bordes opuestos y de una pulgada de lado, son los únicos instrumentos necesarios. Por la mañana se coloca el paciente en decúbito supino, se reducen los intestinos y se afeita la región. El médico, mediante su mano izquierda, contiene la hernia, impidiendo que el intestino baje de nuevo al escroto, y con la derecha busca y aparta la vena seminal. es indispensable dejar la vena por detrás de la ligadura, comprendiendo en ésta el conjunto de la piel y toda la túnica de la hernia. La aguja engrasada en aceite, se clava a fondo, pasando el hilo; un ayudante toma el hilo y lo anuda sobre la placa de marfil, aplicada a la piel, dejando ambos testículos fuera del hilo. Una o dos veces cada día se va retorciendo la placa apresada por el hilo, el cual poco a poco estrangula y secciona las partes blandas comprendidas en la ligadura, terminando su misión entre los diez y los quince días. La herida supura y acaba por cicatrizar, dejando consolidadas las partes en forma que el intestino ya no desciende más. De esta manera no tememos la hemorragia ni ninguna inflamación". Unas cataplasmas con vino rosado y aplicaciones de harina de trigo, trementina y cerato eran los tópicos usados.

"Yo he visto, dice **Benedetti**, varios enfermos curados de esta manera por un cierto español que prometiendo a la vez un tratamiento poco doloroso, puesto que sólo se trataba de una punción, y al mismo tiempo una cura sólida, atrajo mucha gente, haciéndose pagar muy caro".

Nótese que con este procedimiento se respeta el testículo, idea nueva entonces, progreso achacado por algunos historiadores a **Ambrosio Pareo**, quién comdenó más insistentemente que nadie, en la segunda mitad del siglo XVI, la ablación del testículo; pero ya unos sesenta años después que nuestro compatriota lo venía predicando con el ejemplo de múltiples herniotomías, sin que **Pareo** alegara un solo caso propio, puesto que no practicaba la operación de la hernia".

La Quelotomía de Pedro Franco y Stromayr

Sprengel adjudica a **Franco** la intervención salvando el testículo, por haberla practicado varias veces, y quizás también, más tarde el alemán **Gaspar Stromayr** según se desprende de su manuscrito, pero corresponde a la segunda mitad muy avanzada del siglo XVI, siendo posterior setenta años o más a las operaciones de nuestro práctico español, y posterior a **Pareo** y **Franco**'.

El Descrédito de la Quelotomía

La quelotomía sufrió un pronto descrédito: la herida se infectaba, determinando a veces la muerte por tétanos o sepsis, y cuando menos, largas supuraciones; y todo ésto tras la tortura de la operación. Se comprende el abandono en que dejaron esta operación los cirujanos de los siguientes siglos, sin que bastaran a rehabilitarla los estudios y experiencias de fines del siglo XVIII y principios del XIX, dándonos el conocimiento acabado de la anatomía y patología de la hernia.

Al contrario, la ligadura, el célebre punto de oro medieval, modificada y humanizada por el célebre empírico español en los comienzos del siglo XVI, renace en el segundo tercio del siglo XIX: en España el Dr. **Egea** ideó una de las modalidades de ligadura, que recuerda al antiguo procedimiento, aunque **Egea** parece desconocer.

Para aceptar el éxito de la ligadura, habría que convenir en que el hilo

comprendía con el saco, los pilares del anillo inguinal, obteniendo el cierre del saco y del conducto por el bloque de tejido fibroso producido en el proceso cicatricial desarrollado alrededor del hilo, el cual actuaba de elemento de constricción y de cuerpo extraño. Si los pilares no quedaban comprendidos en el nudo, no se concibe una obturación permanente del conducto inguinal.

Los desastres reiterados en los siglos XVII y XVIII, detuvieron la vuelta de la cura operatoria de la hernia, adecuadamente concebida en el siglo XVI, hasta la implantación del método antiséptico.^v

En este trabajo se analiza cada uno de sus aspectos recogiendo las aportaciones clínicas y técnicas de cada autor.

Se trata, pues, de una tesis muy detallada sobre un tema monográfico concreto que se persigue a lo largo de la historia

MÉTODO

Heurística

Para la recopilación de la documentación se ha ido de entrada a una obra general de Historia de la Medicina (Lain Entralgo), así como a libros más monográficos de cada época (Riera, Granjel...), así como a monografías históricas de personajes concretos (Francisco Díaz, Daza, Juan Frago, ...). De este modo he tenido un conocimiento de los autores más relevantes de cada época.

Posteriormente se ha buscado las obras quirúrgicas de dichos autores.

En algunas bibliotecas se ha podido tener acceso a los fondos directamente, y se ha revisado todas las obras quirúrgicas de las que disponían.

De cada una de estas obras se ha recopilado lo referente a la tesis.

Posteriormente se compara las exposiciones de los autores, seleccionando lo más original, y el texto del autor que mejor expone un tema concreto.

Se Divide este estudio en dos partes:

- Del siglo XVI al XVIII.

- Del siglo XIX e inicios del XX, dado los avances importantes surgidos en este último periodo.

Posteriormente se obtiene las conclusiones.

MATERIAL

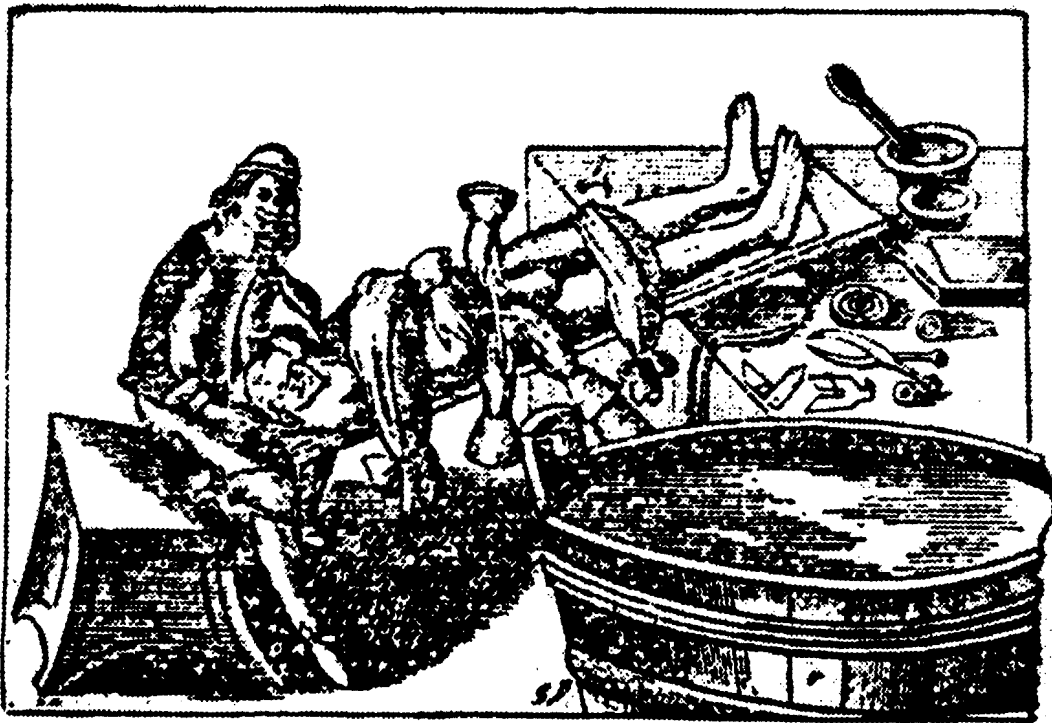
He podido tener acceso a las fuentes en las Bibliotecas de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, tanto la general como la de la cátedra de Historia; así como en la biblioteca de la Real Academia de Medicina.

En la Biblioteca Municipal de Toledo, también he podido consultar textos quirúrgicos hasta el siglo XVIII; no en vano hubo una Facultad de Medicina en esta ciudad, y algunos libros fueron impresos en Toledo.

También he consultado libros del siglo pasado de mi propiedad.

Hermenéutica

Para la hermenéutica de estos textos he tenido que leerlos in situ, y otros los he microfilmado, labores muy arduas; otros más recientes los he podido fotocopiar.



operación de la hernia en el siglo XVII, según Sculteto (1630).



SEGÚN CÓDICES DEL SIGLO XIII. Rolando



OPERACIÓN DE HERNIA

Kaspar Stromayr, 1559

PRIMERA PARTE

SIGLOS XVI AL XIX

DEFINICION Y CLASIFICACION

La palabra hernia viene de los latinos; los romanos se avergozaban de padecer este tumor escrotal, al que llamaban hernia. Hernia, *herna* quería decir pétreo, duro¹. Para Jorge de la Faye, traducido por Juan Galisteo y Xiorro, el origen de la palabra *hernia* es griego, significa todo tumor que incomoda¹. No obstante los estudios etimológicos que he consultado coincide en su origen latino.

Como dice Diego Antonio Robledo: "...Todos los tumores que se hacen en los testículos, y el escroto, recibe el nombre de *hernias*..."¹²

El término *hernia*, quizás no sea el mas apropiado, pero es el que ha permanecido a lo largo del tiempo. Los vocablos griegos: *enterocele*, y *epiplocele* son mas claros.

Diferencian las hernias en:

Verdaderas: es decir, el "tumor preternatural" está formado al bajar el intestino, o el epiplon, por los "procesos peritoneales", a la ingle, o al escroto.

Falsas: otros tumores localizados en dichas zonas, pero de diferente naturaleza. Se les denominan mas frecuentemente **Apostemas de la ingle, y del escroto.**

Así pues, los **apostemas intestinales, u omentales** (del epiplon), reciben mas propiamente el nombre de *hernias*, que las define D. Pasqual Francisco Virrey Mange: "Hernia intestinal es una preternatural del omento, ò escroto, causada por rupcion de la tunica interior del peritoneo, ò por relaxacion de esta, segun los intestinos se apartan de su destinada situacion; Hernia cirval es una preternatural eminencia, situada en las ingles, ó escroto causada por rupcion, ò relaxacion de las fibras del peritoneo, por cuya causa se manifiesta en dichas partes la procidencia del omento"¹². Don Blas de Beaumont la define: "...Tumor de la ingle, ò del escroto, sin alteracion ninguna del cutis, que con los dedos se reduce, y luego buelve à mostrarse..."³

Segun su localización, se clasifican en:

-Hernias imperfectas, o incompletas, o inguinales, o ramices, o bubonocelos (como dice D. Blas Beaumont: "...bubonocelo, se llama así por ocupar las partes en

¹"...Quelques anciens Grammairiens, parmi lesquels on peut citer Festus, *De Verbor, Significat.* Servius, *In Virgil. Aeneid Lib. VII*, v684, disent que dans la langue de Sabins et de Marses *herna* signifioit une pierre, & *hemicum* tout ce qui est dur; d'où Virgile a dit *hernea saxa*. Or les tumeurs du scrotum ont été appelés Hernies, à cause de leur dureté.(M. Dujardin. Histoire de la Chirurgie. 1774. 468.)

donde se forman los bubones, è incordios: son aquellas hernias que se localizan en la ingle, a nivel del "empeine", sin llegar al escroto..."³)

-Hernias perfectas, o escrotales, o completas : las que descienden hasta el escroto en los hombres; y hasta lo baxo de los labios de la matriz en las mujeres, como dice D. Martin Martinez⁴. En el hombre se llama tambien oscheocele segun Jorge de la Faye¹. Las hernias femorales, las define Samuel Sharp en 1753: "Quando el intestino ò redaño caen debaxo del ligamento de Falopio, y siguen el mismo camino por donde las vasos Yliacos, vãn à entrar à el muslo"⁵

Con respecto a su contenido, se clasifican en:

-Hernias intestinales, o enteroceles: las que solo contienen intestino.

-Hernias del epiploon: llamada omental por los Latinos, y cirbal (o cirval.,o zirbal) por Galeno, según refiere Gerónimo de Ayala⁶, o del redaño, , o epiploceles: las que sólo contienen epiploon.

-Pueden ser mixtas de ambas .

-Hernias vesicales, referidas por Heister⁷: que contienen vejiga.

-Hernias Compuestas: entero-epiploceles, hydro-enteroceles, &c.

Tambien se clasifica, segun Heister y otros, en:

-Húmedas: el saco contiene tambien mas o menos liquido : facilita su apertura en el tratamiento quirúrgico.

-Secas: donde es más difícil y peligroso la apertura del saco.

La mayoría de estos términos proviene de épocas mucho mas remotas. Los Autores citan a Guido, Celso, Paulo de Egina, Fabricio...

Nombres mas originales de nuestro país son: quebraduras (ver etiologia), o potras. El significado con el que más se relaciona potra es con pútreo: si realmente tuviera relación ambos términos, describiria el lamentable estado al que puede llegar una hernia gangrenada, con ulceración de la piel, infección de los tejidos, y eliminación de materias fecales a través de una fístula intestinal, como se expone más adelante.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE DIVERSOS AUTORES

Francisco Diaz (1575)⁸

Clasifica las hernias en: Varicosa(varicocele), Carnosa, Acuosa (hidrocele), Intestinal, Flatulosa, Cirval.

Juan Fragoso(1580)¹⁰

Define la hernia inguinal como: "Tumores de los testículos originados por rotura o relajación del peritoneo, bajando a las bolsas algún cuerpo como tripa o redaño".

Las diferencia de las llamadas hernias acuosas por los latinos, no distinguiendo como es menester.

Dice que **Hernia** es un término referido por Celso, "a las que se hazen por rompimiëto, o relaxacion del peritoneo", a diferencia de otros tipo de tumores de hinchazones del escroto, "estas diferencias no las guarda siëpre los Medicos, ni las guardò Guido", refiere.

Ramices (ramex): " cuando estando entero el peritoneo se hincha los testículos".

Cerca de nosotros, a las hernias se le llama **potras**, y a los herniosos: **potrosos...**"

También llamadas **Rupturas**.

Y pueden ser: **zirbal** o **intestinal**

Girolamo Fabrizio d'Aquapendente (1676)⁹

Refiere que Celso quiso que se llamase **ramices** y **varices** de la ingle, y Paulo quiso que el **bubonocèle** fuse una hernia intestinal sólo en la ingle.

En su libro **CRISOL DE CIRUGIA**, divide la **hernia intestinal** en dos especies:

"...Perfecta: aquella en la qual, no solo el intestino dilata la túnica, sino que baxa abaxo al escroto, y hondo de los testiculos.

Imperfecta: quando solo dilata la tunica vaginal..."

Geronimo de Ayala⁶ (1693)

"...Hernia es un tumor que se hace en la bolsa,ó escroto de los testículos, de donde tomó el nombre de hernia..."

Diferencias

Segun nuestro Guido dize, que son siete; es á saber, **humoral, acuosa, ventosa, carnosa, varicosa, intestinal, y omental**. Las cinco primeras pueden contar entre los **apostemas** , por hazerse de humor, ó cosa que se reduce á él: y las dos ultimas, ni son apostemas, ni se reducen á ellos, por no hazerse de fluxion de humor, sino es de relaxacion, y apartamiento de las partes de su propio lugar. De manera que entre estas dos diferencias de hernias, y las demás, ay esta diferencia, que las cinco primeras se pueden hazer sin estar rompido el peritoneo; empero con estas dos ultimas no, porque de que está solamente relaxado, no puede baxar ni el redaño, ni el intestino, segun Gordonio..."

Hernia Intestinal

"...Quando las tripas o intestinos baxan á la bolsa ó escroto..."

Juan De Vigo¹¹ (1717)

(traducido por D. Miguel Juan Pascual)

"...La quebradura es en tres maneras:

-La una se dize **relaxacion ò mollificacion**, y esto acontece, quando se molifica sobre la ingle, con alguna relaxacion, cansada por alguna ventosidad gruesa, ò por alguna de las cosas que causan ruptura. Y esta hernia ò crepatura se llama **relaxacion pequeña** , porque muestra poco tumor encima de la ingle.

-Quando la dicha relaxacion toma aumento, de manera que muestre notable hinchazon à modo de huevo, entonces se llama **quebradura no completa**.

-Y si la dicha relaxacion, descendiendo, aumentanse tanto, que las tripas baxen à la bolsa, entonces la tal quebradura se llama **completa**..."

D. Blas Beaumont (1728)³

"...Las hernias verdaderas son las que se forman de partes, las falsas las que se forman de humores...

...La incompleta no baxa hasta el escroto por la contracción que haze la tunica externa ò vaginal, las quales se hallan dilatadas en la completa..."

Laurencio Heister. (1749)⁷

Del bubonocele, inguinis, ramice, o hernia inguinal

Quando los intestinos, o el omento, descienden por los processus del peritoneo àzia la ingle, excitando un tumor semejante en algo al bubòn. No pocos tambien , con *Celso*, llaman à este afecto **inguinis, ramice, ò hernia inguinal**, otros le nombraron **hernia incompleta**.

Por la mayor parte suele ser algun intestino tenue el que desciende, aunque tambien ay ejemplos nuevos de que suelen caer el colon, y el ciego, y especialmente en la ingle derecha.

Hernia del Escroto

Suelen llamar los Medicos, à cualquier tumor preternatural, que nace en las partes naturales, ò escroto.

De ellas se constituyen dos especies; esto es; verdadera, y espuria, ò falsa.

Se llaman verdadera, siempre que nace de haver descendidos los intestinos, ò el omento.

Se llama espuria, falsa, ò aparente, quando los testiculos, ò vasos espermaticos, que se contienen dentro del escroto, los entumescen los humores, ò el ayre, ò flatos, ò otro genero de materia de las dichas, que mezclads con este, estienden, y amplian el cuerpo de la parte, mas de lo que corresponde à su natural magnitud.

Debaxo de estos dos generos, se comprehenden casi todas las especies de hernias escrotales, que segun la materia pecante, ò la mayor, ò menor extension del escroto, se definen con nombres particulares:

Quando los intestinos decien al escroto por los procesos del peritoneo, entonces se llama **enterocele**.

Si el omento esà caido, **epiplocele**, usando de los vocablos Griegos.

Pero quando llega à dilatarse el escroto por humores agenos, y en especial de suero, ò agua, entonces se llama **hydrocele**.

Si de sangre, **hematocele**.

Y si de ayre, ò flato, **pneumatocele**.

Pero si algun testiculo crece mas de lo natural, y se endurece, à este le denominan **sarcocele**.

Finalmente, quando las venas espermaticas se endurecen mucho, se llama

hernia varicosa, ò varicocele, ò cirsocele.

Y si en el escroto naciere abscesso, le suelen llamar algunos **hernia humoral.**

No pocas veces participa de dos nombres este mal, ò que mutuamente se nombra con ellos juntos, v. g. **entero-epiplocele, hidro-enterocele,** y assi de los demàs.

Algunas veces suele haveren un lado del escroto **hidrocele,** y en el otro **enterocele.**

De el enterocele

Se suele llamar **enterocele** aquel tumor, que nace de haver caido los intestinos, al escroto, por entre los anillos del abdomen, y los processos del peritoneo, no pocos suelen llamarle à esta **oscheocele,** y tambien **hernia perfecta** , y al **bubonocele,** quando no se estiende hasta el escroto, llaman **hernia imperfecta, ò incompleta...**"

D.Martin Martinez (1748)⁴

BUBONOCELE: Quando el intestino cae a la ingle .

HERNIA COMPLETA: Quando las partes intestinales caen hasta el escroto en los hombres, y hasta lo baxo de los labios de la matriz en las mujeres.

D. Diego Velasco y Francisco Villaverde (1763 y 1780)

"Se llama **hernia** a todo tumor pretnatural causado por la presencia de algunas de las partes contenidas, y como fluctuantes en el abdomen, que habiedo dexado el sitio, que naturalmente debia ocupar, forma una eminencia exterior en algunos de los puntos de su circunferencia."

ETIOLOGIA

La causa de las hernias, o apostemas intestinales, u omentales, según los Autores, son aquellas que supongan un esfuerzo brusco, o continuado para la pared abdominal, la cual provocaría la "rotura o dilatacion del peritoneo", incluso hay autores que llaman "rupturas" a las hernias, como Sharp⁵, causas sensibles o insensibles, como menciona Heister⁷; lo que producirá la aparición mas o menos rápida de dicho tumor. Pero D. Samuel Sharp no está de acuerdo en que la hernias se producen por rotura, salvo causa externa violenta⁵.

Algunos refieren cierta predisposición congénita; o hereditaria, como refiere Juan Fragoso¹⁰.

Tambien describe su relación con ciertas profesiones, y con el embarazo, y el parto.

D. Blas Beaumont escribe las causas internas (ver mas abajo). Una de ellas es muy original y muy fundamentada: "...quando las partes contenidas son demasiadamente comprimidas por el diafragma, musculos del abdomen, y esfuerzos, de tal suerte que las partes contenidas, buscan por donde dilatarse; y la tunica del peritoneo, ò se rompe , ó se dilata, dando lugar para que las partes salgan, lo mas comun àzia las partes laterales, por donde baxan los vasos espermaticos en los hombres, y los ligamentos redondos en las mugeres..."³

DESCRIPCIÓN DE DIVERSOS AUTORES

Francisco Diaz⁸

Que ocurre cuando el intestino cae en el escroto, al romperse o relajarse el peritoneo, una tela que tiene recogida las tripas; y explica su etiologia, la cual puede ser porque se rompa el peritoneo (que aparece de pronto), o porque el peritoneo se relaja (de aparicion paulatina). Explica la causa de la rotura del peritoneo: porque se puso demasiada fuerza, porque saltó, o porque dió un gran grito, o porque cogió demasiado peso.

Juan Fragoso¹⁰

"...Pueden ser heredada..."; refiere que la padecía cinco hijos de un cortesano.

Juan de Vigo¹¹

"...Las causas que engendran la quebradura, algunas veces son **primitivas**, y algunas **antecedentes**.

Las causas **primitivas** son como caer de alto, ò golpe sobre el pendejo con palo, ò pie, ò con otra cosa.

La causa **antecedente**, es por la mayor parte de humores gruesos, flematicos , ò ventosos, embiados de los otros miembros al tal lugar; y esto, por la mayor parte, acontece por mal regimiento, generativo de humor grueso, y ventoso. La tos fuerte, y la frialdad de los pies, y las voces grandes, segun usan los Cantores, y Predicadores, y los que leen en escuelas para enseñar niños, los que tañen instrumentos, dichos vulgarmente Sacabuches. Tambien se causa por correr y saltar mucho, y alçar algunos grandes pesos¹¹.

Heister⁷ dice que se produce:

"...O bien porque esta hendedura, abertura, ò boca, que contiene dentro cerrado, y constreñido el peritoneo, se rompe contra su costumbre, por lo qual, y por los processos del peritoneo, pueden prolapsarse los intestinos hasta el escroto...

...Las causas remotas del Enterocèle son: por dos causas: por **sensible**, ò **insensible** abertura de los musculos del abdomen, por lo qual, ò relaxandose los procesos del peritoneo, los vasos espermaticos, ò la vena, ò arterias crurales., y prorumpir, ò salir juntos con los intestinos, y la membrana interna del peritoneo.

Esto suele suceder de repente, por alguna insigne **violencia**, **salto**, **caída**, **herida**, **estrivar** con vehemencia para mover, ó levantar grandes pesos; ò tambien por otros motivos, v. g., continuada, y fuerte tos, dàr grandes voces, por sonar, ò inflar **trompetas**, montar à cavallo, hacer gesticulaciones, y juegos muy violentos, ò por el inmoderado, y fuerte uso de la venus, ò pr vomitos, y aun se puede añadir por tenesmo, ò **pujos**, y otros que se omiten; que por qualquiera de todos estos se puede lacerar el peritoneo, ò segun han visto muchos modernos, llegar à astenderse, y dilatarse tanto, que yà con el omento, yà sin èl, descenden, y salen fuera del abdomen los intestinos, que unas nacen casi de repente, y otras muy poco, à poco, y

casi sin sentirse, à lo que puede ayudar, y contribuir no poco alguna debilidad natural del peritoneo..."

Blas Beaumont³

Divide las causas en internas: "...los movimientos violentos de los musculos del abdomen, las grandes inspiraciones, el preñado, y la demasiada lymphá contenida en las glandulas del peritoneo, que humedece, y laxa las membranas; y quando las partes contenidas son demasiadamente comprimidas por el diafragma, musculos del abdomen, y esfuerzos, de tal suerte que las partes contenidas, buscan por donde dilatarse; y la tunica del peritoneo, ò se rompe , ó se dilata, dando lugar para que las partes salgan, lo mas comun àzia las partes laterales, por donde baxan los vasos espermaticos en los hombres, y los ligamentos redondos en las mugeres. Tambien el peso demasiado de los testes pueden traer àzia si la tunica interna del peritoneo. Los aficionados à el azeyte, pues el azeyte laxa las partes..."

Juan de Munnicks¹³, traducido por Bernardo Vicente Carcamo i Zeballos, en 1771, añade como causas el "retener la respiración", y "la debilidad y humedad del peritoneo"

CLÍNICA

Una de las descripciones mas completas es la de **Laurencio Heister**:

"...Què daños provengan de este mal

Quando esta enfermedad empieza, y se aumenta poco à poco, rara vez llega à sentir en aquel tiempo los pacientes graves molestias; pero quando sobreviene de repente, al mismo tiempo empiezan à padecer grandes males. Y casi lo mismo sucede quando la enfermedad yà es antigua, se exponen al grave frio, à movimientos muy violentos, estrivan con gran fuerza, ò se encandecen con vehemente ira; ò finalmente por tomar muchos alimentos, especialmente si son duros, y de malos jugos, y que inflan, porque todas estas cosas ocasionan tormentos, y desazones en semejantes afectos.

Estos daños, no solo se padecen por la detencion que hacen los escrementos en los intestinos, **ensanchandolos** gravemente, sino tambien porque cierran, y **corbatan sus conductos**, ò cabidades; y tambien porque una vez que yà estan caidos, ò prolapsos, y siendo estrecho el foramen por donde descendieron, no será maravilla, que apretados, y cobartados en èl se compriman los vasos sanguineos, y se impida la circulacion de la sangre. Porque quando esto llega à suceder, apenas se podrá excusar graves inflamaciones, acompañadas de iguales dolores, y angustias, y vomitos vehementisimos, y la **pasion iliaca**, (que comunmente llamamos **miserere mei**), cuyos pèsimos symptomas rara vez dexan de acompañar à las hernias, que los Medicos llaman encarceradas.

Para evitar, pues estos graves peligros, deben procurar muy cuidadosamente el estàr ligados de continuo con idonea faxa, cingulo, ó braguero, porque de otro modo muy facilmente caeràn en la hernia encarcerada, con evidentisimo peligro de la vida. Aun los que de continuo traen semejante ligadura, si no està bien asegurado, estàn expuestos, especialmente si andan à cavallo, ò conmueven el cuerpo con vehemencia.

De sus señales

La hernia inguinal suele tener las notas siguientes:

Tumor que aparece en la ingle, y que procede de los anillos de los musculos del abdomen; y quando no està cautiva, ò encarcerada, se suele desentumecer, y con la misma facilidad se buelve à entumecer. Si se toca con las manos, se

halla, que con igualdad està algo endurecida, y casi haciendo patente la prominencia del intestino. Quando este vicio crece poco à poco, y se comprime el tumor blandamente, por la mayor parte se desvanece con facilidad, sintiendose un cierto ruido, ò murmurio, quando asciende al abdomen. Por el contrario, en aquellas que no ha descendido sino el omento, por lo regular se observa una molicie, y blandura, semejante à la pinguedo; su magnitud no es igual, ni mudable, como en la hernia intestinal, sino que por lo mas, permanece constante. Finalmente, quando salen los intestinos, junto con el omento, por la mayor parte se observa blando el tumor, y reducidos los intestinos, suele perseverar fuera el omento...

Hernia del Escroto

"...Al principio se muestra el tumor, por lo mas muy pequeño en la parte superior de los pudendos, y si en sus principios no se le procura impedir, poco à poco va descendiendo por los lados del testiculo, percibiendose facil, con los dedos: y poco à poco suele ir creciendo tanto, que suele llegar el escroto a la mitad del muslo, y tal vez hasta la misma rodilla, conteniendose en èl los intestinos.

Empero entre las señales del Enteroccele, además de las que explicamos para el conocimiento del bubonoccele, añadimos aqui las siguientes; conviene à saber, quando se halla algun tumor preternatural cerca de las partes naturales, y en especial en el escroto, que en el tacto se asemeja à una vexiga hinchada, ò cosa semejante, que desde los anillos de los musculos del abdomen desciende hasta el escroto, pudiendose percibir entre èl, las mas veces, el mismo testiculo, y tambien quando el mal no tiene nimia fuerza, y que està sin inflamacion, que con facilidad crece, y se disminuye, mayormente quando los enfermos estàn echados boca arriba, ò que de su voluntad retroceden el escroto al abdomen, ò que à lo menos se disminuyen, y que todo esto sucede sin dolor; ò porque aplicadas las manos, inclinandolas àzia la ingle, y el mismo vientre, en que las mas veces se siente un cierto ruido, ò murmurio, al reducirle: siempre que el hombre vocèa, come mucho, ò carga con gran peso, casi luego al punto crece: con el frio se contrahe: con el calor se difunde, ò estiende. No pocas veces, à la verdad, los intestinos detenidos en el escroto, ò se inflaman, ò se entumescen gravemente, por llenarse mucho de estiercol, ò llega à juntarse, y unirse tanto con las partes proximas, que casi se hace imposible el que con las manos se puedan reducir al vientre. Comprimido el tumor, se suele percibir estàr inflado algun

intestino, tal que unas veces crece, y otras mengua, y que del mismo modo se experimenta algun murmurio, y si comprehendemos que el paciente ha compelido alguna vez el tumor à el vientre, entonces inferimos de aqui, con toda certeza, que asiste verdadero enterocele. Siempre que el tumor pretematural se distingue, no solamente por si, sino que tambien està distinguido el testiculo, y mayormente si no ay indicio de que sea pneumatoccele, ni hydrocele, todas estas cosas casi declaran que es enterocele. Los que se hallan trabajados de esta especie de hernia, suelen padecer algunas veces dolores colicos, tanto en el abdomen, como en la ingle, como en el escroto, y no pocas veces padecen nauseas, y vomitos..."⁷

Lassus, a través de Pedro Perez, describe la hernia escrotal: "...haciéndose cada vez mas voluminoso, desciende en el hombre por delante del cordon espermático hasta el fondo del escroto, que extiende y comprime al testículo, el que queda sumergido poco á poco; en seguida el miembro se esconde baxo la piel, el prepucio se presenta en la parte superior y anterior del tumor, baxo la forma de un ombligo, la orina cae sobre el escroto, y mojándolo lo escoria, las funciones del estómago se hacen imperfectamente...

...En la muger esta hernia se prolonga algunas veces hasta uno de los labios grandes, donde adquiere un volumen considerable, extendiéndose hácia el perineo, y la margen del ano..."¹⁴

Del epiplocele

Es un tumor desigual, blando, y que haciendo esfuerzo como para obrar, no crece; quando se aprieta con los dedos, no se oye ningun murmurio..."

D. Blas Beaumont las diferencia del enterocele. "...Siempre que se experimentar al tiempo de la reduccion, alguna dificultad, y que se reduce casi sin dolor, y sin ruido, es por el epiploon; pero quando se experimenta facilidad, dolor, y ruido es por el intestino. Si al tiempo de la reducción se siente un ruido, y el tumor se disminuye algo, pero queda alguna elevacion, será señal de que el intestino y el epiploon formaban la hernia...El epiploon puede ocasionar vomitos por estàr tirando àzia abaxo el estomago, y en aquel tiempo le sacude, haziendole que vomite lo que tiene..."³

Juan de Munnicks, dice que es mas frecuente en el lado izquierdo¹³.

EXPOSICION DE OTROS AUTORES

Francisco Diaz explica que se trata de una hinchazon que, con los dedos y con presteza puede desaparecer al introducir el intestino y estando el paciente de espaldas, a veces se acompaña la reduccion de borborismos y alivia el dolor del enfermo. Estando levantado vuelve a caer al levantarse. Puede matar al caer las heces al escroto⁸.

Juan Fragoso expone: "...Como dice Galeno las señales de ruptura son que tras salto, golpe, o gran torcimiento, y de manera progresiva al ir rompiéndose más peritoneo. Se produce dolor agudo, y se encuentra el tumor "debajo del cuero".

-Por relajación el dolor es más pesado, y cesa recogiendo en el vientre las cosas que hacen tumor..."¹⁰

A propósito de los signos de las hernias, **Jorge de la Faye** los clasifica en: diagnósticos y pronósticos.

Los **diagnosticos** hacen conocer que especie de hernia es. La hernia simple forma un tumor blando, sin inflamacion, ni mutacion del color en la cutis, que desaparece quando el enfermo està echado, ò quando se comprime ligeramente.

Los tumores herniarios **compuestos**, presentan los signos de las diferentes especies de hernias simples.

Las **complicadas solo con adherencias**, solo se reducen en parte.

Quando están complicadas con **estrangulacion**, no se reducen, y viene la inflamacion, el dolor, el hipo, el vomito, la calentura, las agitaciones, los movimientos convulsivos, la debilidad y profundidad del pulso, el frio de las extremidades.

Quando está complicada con **mortificacion**, todos los sintomas de estrangulacion se minorizan, y comprehendiendo con el dedo sobre el tumor, queda la impresion.

Los signos **pronosticos** se deducen de su volumen, de la edad del enfermo, del tiempo que gasto en formarse la hernia, de las causas, del lugar que ocupa, de su simplicidad, ò de su composicion..."¹.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Del bubón con el bubonocèle

Laurencio Heister en su libro comenta: "...Siempre debemos cautelarnos de que semejante genero de hernias nunca se deben de abrir creyendo que son bubones, como los incautos han hecho muchas veces, y las mas han quitado la vida à los pacientes..."⁷

El Dr. Martin Martinez dice: "...cuidara el Cirujano, de no abrir el tumor creyendo que es un bubon, porque matará al enfermo, lo qual conocerá porque el bubonⁱ se hace poco a poco, y el bubonocèle de un golpe, y aviendo precedido alguna fuerza, u otra causa externa, en el bubonocèle hay dolores violentos vomitos hasta de materias fecales, lo qual no sucede en el bubon..."^{4 25}

Diagnóstico Diferencial de la hernia epiploica

Pedro Lassus la describe: "...esta membran pingüedosa dislocada, y retenida en un saco herniario, muda de figura, se inflama, de desorganiza, haciéndose el tumor que resulta de la enfermedad principal. A veces se ha creido un tercer testículo, otras veces un hidrocele; ó un varicocele, el qual no muda de forma ,si se pone al enfermo en una situacion favorable para la reduccion; y quando el enfermo tose, ó suena los mocos, se siente la impulsion mas fuerte de las partes interiores, y bien atendido, y juzgado este último signo, es comunmente decisivo. Este signo tambien sirve para disipar la ilusion que presenta el epiplon quando ha salido por baxo del arco crural, y forma un tumor duro, semejante á un bubón venereo, ó á la replecion inflamatoria de las glándulas inguinales. En este caso equívoco debe informarse de todo lo que ha precedido á la enfermedad, tocar atentamente el arco crural que no está libre, preguntar al enfermo si tiene cólico, náuseas, tener presente que una hernia epiployca es mas movable que un buvón venéreo..."¹⁴

ⁱ.- Tambien llamado Incordio.

TRATAMIENTO

Algunos Cirujanos omiten en sus obras el tratamiento de las hernias, generalmente, por considerar que se trata un tema que precisa gran experiencia, como Daça: "...de la hernia intestinal no quiero tratar, pero no he querido, porque como se requiere tanta experiencia en la obra manual (en la qual principalmente consiste) no quiero dar ocasion á que Cirujanos temerarios (de los quales no ay pocos) se arrojen á curarlas, porque aun los Maestros de hernias que están muy diestros, y expertos en ellos se hallan muchas vezes muy atados, y traen á los enfermos á extremos peligros..."¹⁶

Juan de Vigo aconseja que los Cirujanos no operen las hernias: "...El prudente Cirujano debe dexar esta cura por via de incision, juntamente con el abrir para sacar la piedra, y con la cura de la catarata, con manual operacion à los vagamundos y peregrinantes Cirujanos..."¹¹

I.-TAXIS

Definición

D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde, nos dice:

"...Por Taxis se entiende una Operación de Cirugia, por cuyo medio, con la mano sóla, y sin ayuda de ningún instrumento, se reducen, y vuelven á su sitio las partes moles, que han salido de él..."¹⁵

EXPOSICION DE LOS DIVERSOS AUTORES

Laurencio Heister describe: "...Si los intestinos, ò el omento están prolapsos, es necessario, el reducirlos luego à su pristino estado, y la primera diligencia, será mandar que algun ministro eleve el escroto, y el Cirujano hará una blanda presion, y suaves movimientos en las partes prolapsas, hasta haverlas repelido, y luego procurará que se contengan con firmeza, y que la parte distendida del abdomen se aglutine, ò se estreche mucho, para que con facilidad no puedan descender los intestinos. La reducion de los intestinos suele conseguirse algunas vezes con mas facilidad si el enfermo se pone recostado sobre el lado sano...

...Debe colocarse el paciente boca arriba, doblando un poco los muslos y rodillas, y

entonces se aplicando la mano, con una blanda contraccion, se introduciràn, y poniendo sobre la parte un parche glutinoso , y un cabezal, se aseguraran con una apta ligadura (ver el capítulo de apósitos). Todo esto se debe conservar apretado por algunos meses, pues de este modo, si el mal es reciente, se aglutina, y se consigue una perfecta curacion, ò à lo menos se llega à estrechar tanto el foramen, que no da lugar à que los intestinos puedan salir. Los infantes, y adolescentes hasta el vigesimo año de su edad, muchisimos se han curado felicisimamente. Los que yà se hallan en la edad provecta, la experiencia tiene enseñado, que si no se trahe de continuo alguna idonea ligadura por toda su vida, cuidando de no agitar el cuerpo con graves violencias, muy facilmente vuelven las mismas incomodidades antiguas. Como el mal sea reciente , acomodando bien el braguero, se puede sanar, aunque el paciente tenga veinte años, ò mas..."¹⁷

D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde comenta: "...Para hacer bien esta operaci3n, se acostará al enfermo de espaldas, los muslos, y piernas lo más levantada que sea posible, y el pecho también un poco elevado, á fin que los músculos del vientre estén en laxitud, el anillo más alto que la cavidad del abdomen, y que las partes puedan entrar casi por su propio peso(a)"ⁱⁱ.

Se le encargará al enfermo que haga esfuerzo capaz de empujar los intestinos ácia el lado de la hernia; y haciendo sostener el escroto por un ayudante, el Cirujano aplicará dos o tres dedos precisamente por debajo del anillo, abrazando el tumor en su raiz, y después meneandole con la otra mano poco a poco, y con suavidad , procurará ablandar las materias que se hayan endurecido en el intestino; porque como se ha dicho, su volumen y dureza, son las que forman el mayor obstáculo a la reduci3n.

Muchos Autores encargan que se haga salir del vientre alguna porci3n más de intestino, para que las materias extendidas en un espacio, hagan menos volumen relativamente á la porci3n de intestino que las contiene; pero la experiencia demuestra que esta práctica es por lo regular imposible. Si el Cirujano puede hacer entrar una parte de las materias, desleidas, hará también entrar el intestino

ii.- El Dr. Beaumont aconseja que se flexione la cadera homolateral, "para que los anillos estén uno enfrente de otro". Otros aconseja que el paciente se acueste sobre el lado sano.

facilmente, lo que se conocerá en un pequeño murmullo que causa al tiempo de su reducción.

Muchas veces sucede, que después de haber reducido una porción de intestino, no se puede hacer entrar la restante, sino haciendo acostar al enfermo del lado opuesto a la hernia, porque en esta situación el mismo peso de los intestinos, que están en el vientre, los hace caer ácia el lado en que el enfermo está.

Habiéndose reducido el intestino, se procurará hacer entrar el epiploon, si hubiese también salido: esta reducción se hace por lo regular facilmente, a menos que esta parte sea de un volumen considerable, ó haya contraído adherencias en el saco.

Si se hallase el intestino tan mudado de color, que se tema la mortificación proxima, no se debe reducir de modo alguno, y prohibido el hacer la reducción todas las veces que se hallase abierto, gangrenado, ó solamente con manchas negras..."¹⁵

Pedro Lassus, en su capítulo **La Reduccion**, describe la **situacion** del enfermo: echado de espaldas, la cabeza inclinada sobre el pecho, las piernas elevadas, y las caderas muy elevadas.

"Un Cirujano muy exercitado debe, tocando una hernia estrangulada, conocer si es posible la reduccion, ó necesaria la incision del anillo: moviendo con aspereza el tumor quando es doloroso é inflamado, se acardenala, dispone á la gangrena. Si la obstruccion es por obstruccion de materias, la compresion puede continuarse útilmente por un cierto tiempo, quando la hernia es voluminosa, en diversa ocasiones, han empleado medio quarto de hora en mover en diferentes direcciones el tumor, que está casi indolente.

Reducida la hernia es útil poner el enfermo á dieta, haciéndole recibir lavatibas, y laxantes, y la aplicacion de un vendage...

...Hernia Repulsada detrás del anillo

Si la hernia no ha sido reducida, sino repulsada detrás del anillo, los accidentes han continuado, es preciso la incision..."¹⁴

MEDIDAS COMPLEMENTARIAS A LA TAXIS Y AL BRAGUERO

Munnicks:"...Quando la hernia viene acompañada de inflamación, que la indican el calor , dolor, i la calentura, ò el intestino está lleno de flatos, que se conoce en que el enfermo percibe, que todo el abdomen se le estira por los flatos, arroja flatos, se oyen ruidos en los intestinos, i el dolor es mas extensivo, que gravativo, ò lleno de heces, que las indican el suprimirle el vientre, crecer poco à poco el tumor, i percibirse mayor peso, i mayor dureza; en estos caso se ha de suspender la reducción del intestino, hasta que haya pasado la inflamacion, salido las heces, i disipadose los flatos...

...En la hernia, pues, acompañada de inflamacion, apliquese caliente al escroto, ò ingle una cataplasma molificativa, digestiva, i juntamente roborativa, compuesta de harina de cebada, salvado de trigo, hojas de malva, malvavisco, flores de sauco, rosas, vino tinto.

Se puede tambien fomentar la parte afecta, en sentir de *Falopio*, con legia caliente, en que haya hervido cenizas de madera de haya. Tomense dos madejas de hilo crudo, metanse en un perol, i cuezase con medio puñado de simiente de comino en legia fuerte, despues saquese las madejas, exprimase, i extendidas apliquese calientes, i repitase hasta que se haya quitado del todo la inflamacion.

Si concurra el estar el intestino lleno de heces, que impidan la reducción, es caso muy desesperado; pero tientesese la reduccion de las heces con clysteres, i con fomentaciones, ò cataplasmas , que relaxen la distension,v. g.:

T. De hojas de parietaria, malva, i malvavisco, de cada cosa manojo i medio; de flores de manzanilla, meliloto, sauco, i rallo de eneldo, de cada cosa un manojo; de simiente de comino, i de abolbas, de cada cosa media drachma. Cortado, i machacado todo, cuezase en la suficiente cantidad de leche de vaca para fomentacion.

T. De cebollas de azucenas blancas recientes dos drachmas; de hojas de malva, parietaria, i violetas, flores de manzanilla, i corona de rey, de cada cosa un manojo; de salvado medio puñado. Cuezase todo en agua pura, hasta que se ablande; machaquese menudamente en un mortero, i añadiendo de harina de malvavisco, cebada, i linaza, dos onzas de cada cosa; de aceite rosado, i de azucenas blancas, de cada cosa onza i media, mezclese todo, i hagase cataplasma.

O fomentese el tumor con servilletas calientes empapadas en *aceite de manzanilla, i de eneldo*.

Si està el intestino lleno de flatos se han de aplicar fomentaciones de medicamentos emolientes, calefacientes, i discucientes; i se ha de dar un clyster de calefaciente, i carminativoⁱⁱⁱ.

Despues que se haya reducido el intestino, antes que se ponga el braguero, se puede aplicar al peritonèò relaxado algun emplastro astringente, v.g. el siguiente de Pigreo:

T. De goma de limon una onza; de almaciga dos drachmas, de incieso macho, i sorcacola, de cada cosa una drachma, de emplastro contra rotura onza i media, de polvos de bolo armenico drachma i media; de aceite de trementina, lo que baste: Mezclese todo, i hagase emplasto segun Arte.

Otros aplican la *untura de aceite de huevos*, ò formentaciones que constriñen el peritoneo relaxado compuestas de cascaras de granada, nueces de cypres, flores de manzanilla, ò semejantes, cocidos en agua de herreros, iò vino astringente.

Pero especialmente se ha de mandar quietud...

Se ha de procurar que los excrementos sean blandos, i que al tiempo de arrojar las heces, se contengan con las manos las ingles, i escroto.

Añaden algunos para acelerar la confirmacion del peritonèò relaxado, medicamentos tomados interiormente, quales son *la raiz de consuelda, el hi-pericon, &c...*"¹³

Sharp añade: "...se debe repetir la fomentacion,...,y si no tuviere el suceso que se espera, me parece sería propio el picar el intestino en cinco ò seis partes, con una aguja, como lo recomienda *Pedro Lovve...*"⁵

ⁱⁱⁱ. -Carminativo: dicese del Medicamento que favorece la expulsión de los gases desarrollados en el tubo digestivo.

II.-TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

TRATAMIENTO MEDICO

Comenta D. Diego Velasco Y D. Francisco Villaverde:

"...En las hernias acompañadas de accidente, la dieta y la farmacia deben obrar de acuerdo, á fin de calmar la inflamación, y disminuir la fuerza elástica del anillo que se opone a la reducción...".¹⁵.

DIETA

De los textos que se han revisado, Juan de Vigo es el que mejor expone el tratamiento dietético:

"...La curacion de la ruptura no completa y completa hasta la edad de treinta años, y mas se acaba con el regimiento particular, y universal.

El regimiento universal, se cumple con buen regimiento en comer, y beber, para que engendre buenos humores, use el paciente buenas carnes, asadas mas que cozidas, polvorizadas con culantro, y buen hinojo, y sean las carnes de carnero de un año, de ternera, ù de cordero, y de pollos, gallinas, y capones. Y si tuviere tal bolsa el enfermo, coma carne de faysanes, de perdizes, y de aves silvestres en los prados, y montes, cozydas con un poco de mejorana, y canela, son muy buenas en este caso. Tambien se dà en este caso un guisado de hojas de consolida mayor, y de peregil, y de yerva mora, y de mayorana con huevos, ò sin huevos, hecho con el caldo de las dichas carnes. El arroz y el sarro valen para este mismo caso. El vino debe ser de mediana vinosidad, medianamente aguado con buena agua; es à saber,

de fuente, ò de cisterna probada; debe ser tambien de mediana tintura; es à saber, ni mui tinto, ni muy blanco, el qual se llama **citrino** ò **ceropolo**. Tambien se cumple esta cura, con el regimen universal de purgar la materia pecante, con confortacion del miembro mandante; quanto à lo primero, tome este xarave por una semana:

- i. Sirupi de duabus radicibus sine acero, & de cicorea (ò en su lugar) de succo endiviae; añ.drach.vi.aquarum endiviae, fumi terrae, & capillorum veneris, añad.vnci.i. Tomelo à la mañana tibio. Tomado este xarave purguese el paciente con esta purga.
- ii. Diacathaliconis, drach.vi. diafiniconis, drach. iii. & fs. reubarbari in infusion. esrup.i. misce, & cum decoctione communi fiat potio brevis..."¹¹

DIETA EN LA HERNIA ESTRANGULADA

"...La dieta consiste en dos cosas esenciales, que son el **regimen** coveniente, y las evacuaciones necesarias.

Por lo que mira al **regimen**, como la comunicacion desde la pharinge al ano está impedida, todo lo que se halla en el estómago, é intestinos por encima de la estrangulación, que no puede penetrar lo restante del canal para su expulsion, se vé obligado á retroceder, y sale en vómitos; y asi, quando no se puede esperar que el chilo pase con libertad, para mezclarse con la sangre, es necesario no dar á los enfermos otro alimento sino una corta cantidad de líquido, unicamente para humedecer las paredes interiores del esophago y estómago. pues lo demás no serviria sino de excitar y aumentar el vómito..."¹⁶

TRATAMIENTO MEDICO

Nociones de los medicamentos, por Heister¹⁷

"...De los emolientes

Los emolientes son unas drogas medicinales, denotadas en un gusto insipido, ò subdulce, y de una substancia, ò viscosidad, y mucilaginosa, ò aceytosa, y al tacto suave, saponacea, y pastosa...

...Su facultad es de relaxar y alargar las fibras de cualquier parte, y al mismo tiempo de tapar las porosidades del cutis, estorvando de este modo la disipacion de los humores mas fluidos, sin cuya intervencion se dificultaria mucho la supuracion, y perfecta maduracion de los tumores. Ademàs tienen la propiedad de quitar, ò disminuir el dolor.

El methodo de practicarlos es en forma de baño, ò ceroto^{iv}, ò de fomento, ò de aceyte, ò de linimento.

Los suaves simples son:

Las hojas de Altea... Borraja... Malvavisco...Malva... Beladona... Tusilago. Raices de Malva, Malvavisco, y Acelga. Flores de Borraja, Consuelda Mayor, y Meliloto. Semillas de Malvavisco, Malva, Erico, Verdolaga. Las leches de Baca, Cabra, y Muger. Los Aceytes de Olivas, Almendras Dulces, Violeta, Rosas, Sahuco, Calabaza. Las Harinas de Habas, Trigo, Judias. Manteca de Puerco, Ternera, Anade, Ciervo, Gallina, Cabra, Baca. Gomas de Elemi, Galvano, Bedelio. Estiercol de Baca, de Hombre. Caldo de pies de Cordero. Redaño de Camero macerado en algunos de los dichos aceytes; Esperma de Ballena, Hysopo humedo, Lana sucia, Cera virgen, Almendras dulces, Pasas, Higos secos, agua caliente, &c.

Los emolientes mediocres son: El Ceroto emoliente, Diaquilón simple.

Formula de un fomento emoliente

R. Hojas de Borraja m. ij. de Violeta m. j. flores de Meliloto pug. j. hierva todo en agua hasta reducirlo à fomento

^{iv}.- Cerato: Forma farmaceutica , cuya base es una mezcla de cera y aceite. que sirve de excipiente a diferentes medicamentos.

Formula de emplastro emoliente

R. Harina de habas, y de trigo, ana. Zj. Polvos de flores de sahuco Z iv. con bastante cantidad de leche de vaca, ò cabra: hagase empla. S. A...

...De los Resolutivos

Los medicamentos resolutivos son unas drogas olorosas, y aromaticas, impregnadas de unas partículas volátiles, y salino-sulphúreas, las quales aplicadas à la lengua, causan una secreción mas abundante de saliva.

Su propiedad es que, luego que se calientan con el contacto de nuestro cuerpo, hacen mas fluido qualquier humor tenaz, y viscoso, y apto para proseguir su movimiento circular por las arterias sanguíneas, y limpháticas, y à deponer suscrementos viscosos, y salinos en las glandulas secretorias del cutis.

Los resolutivos suaves simples son: Las flores de verbascos, de azafrán, sahuco, manzanilla, meliloto, y azucena. Las semillas de halolva, anises. La harina de mijo menudo, centeno, y de chochos. Las gomas de assasetida, bedelio, fagapeno, incienso, efortaque liquido,. Raices de escrofularia terrestre, y aquatica. Cogollos de centaurea menor, meneldo, rubia de Tintoreros; la miel, la pimpinela, la agrimonia, la escabiosa.

Los resolutivos suaves compuestos son: Emplastros, fomentos, unturas, y unguentos.

Formula de un emplastro de resolutivo suave

R. Harina de centeno ZJ. de cebada Z. Polvos de flor de manzanilla Zij. con bastante cocimiento de gordolobo, hagase emplastro S. A...

De los Medicamentos Supurantes

Los medicamentos supurantes son unas drogas medicinales, que se diferencian muy poco de los emolientes, en quanto al gusto, y en quanto à sus principios; pues la diferencia que ay entre aquellos y estos, es solamente la de la intencion, y la del tiempo de aplicarlos. Además de que para lograr la supuración las mas veces nos basta solo el continuar el uso de los emolientes, en forma de emplastro, ò à lo mas unir à estos algun remedio, que posea alguna virtud digestiva concoquente.

La facultad de los supurantes es estorvar la disipación de las partes mas sutiles, y fluidas del material estancado, extravasado, tapando las porosidades del

cutis, à fin de que pueda digerirse, y cocerse con el beneficio del calor natural, hasta tanto que la superficie del tumor se ponga blanda, y su circunferencia mole, y fluctuante...

...De los Medicamentos Detergentes o Mundificantes

Son unas drogas saturadas de unas sales alcalinas, ò acidas. Su propiedad es de limpiar las úlceras, de qualquiera humor viscoso, y purulento, ò de qualquier impura, y excremencia produccion. Son mudificantes suaves: la saponaria, la sabaria, ortiga, loto, chochos, el salvado de trigo, la cebada, el azucar, ò la miel herbida con agua, (y otros mas que espezifca el autor).

Son mundificantes mediocres: centaurea menor, consolida media, agenjos de abrotano, escabiosa, las raizes de genciana, las gomas, bedelio, el balsamo del Perù, la orina de un hombre...

...Son mundificantes fuertes: las raices de gamones, el lirio de flor azul, campana thimelea...

...De los Medicamentos Refrigerantes

Medicamentos dotados de unas particulas nitrosas. Su propiedad es de suspender los liquidos, condesandolos, y de detener la sangre que sale de los vasos corroidos, poniendo en contraccion las fibras nerviosas. Son el yelo, la nieve, el suero de leche de vaca, la verdolaga, la lenteja palustre, la calabaza, la endivia, los caracoles...obtenidos en zumo. ò hacer cocimiento, añadiendo la sal comun, ò el sal nitro...

...De los Medicamentos Astringentes

Difieren poco, ò nada de los repelentes; su facultad es de encoger los vasos lymphaticos y sanguineos, tapando sus bocas, oponiendose à la demasiada extravasacion de los liquidos, lo que muchas veces se observa en las hemorragias. Son astringentes simples: el hollin, la almagre, el vitriolo quemado, la piedra alumbre cruda, y quemada, el bolo armenico, el estiércol de asno, la sangre de drago. Son astringentes compuestos: el agua stiptica de Lemerì, el espezifico de Helvecio, el capet mortum de Laudano,...

...De los Medicamentos Aglutinantes

Drogas impregnadas de un zumo muy tenaz y viscoso, y de una substancia ramosa, y viscosa. Su facultad es tapar la abertura de qualquier vaso de mediocre diametro, y estorvar de este modo la extravasacion de la sangre, y demas liquidos de las heridas; como también la de preservar los cuerpos muertos de la corrupcion, de suerte, que aplicados forman una especie de barniz sobre el cutis, la qual estorva el ingreso del ayre, como causa de dicha corrupcion. Son: clara de huevo, la goma de cerezas, almendras, de tragacanto, los polvos de harina de trigo, la harina de arroz, y de cebada, la cola de pez, la consuela mayor, el almidon,...

...Formula de unoss polvos aglutinantes compuestos:

R. *Harina de arroz*, Z. j. *Alquitira* Zj B. *Bolo Armenico Oriental* Z j. me. y haganse polvos...

...De los Medicamentos Septicos

Son unos causticos de segundo grado, cuya aplicacion forma escara, ò una costra en el cutis, con poco dolor. Son: el oropimente, el soliman, el arsenico dulce, el precipitado, el vitriolo quemado,...

...De los Medicamentos Causticos, ò Escaroticos

Son de mayor eficacia que los precedentes para corroer el cutis, y causar mas dolor. Son: el soliman corrosivo, el agua fuerte de jabon negro, el espiritu de nitro, la piedra infernal, piedra caustica, aceyte gracial de vitriolo, los polvos corrosivos de Juan de Vigo, el precipitado amarillo, y rubro...

Hay algunos, los quales aplicados à la abertura de alguna vena, ò arteria cortada, detienen eficazmente la sangre, como son el fuego, la piedra infernal, las cenizas clavelada, los polvos corrosivos de Vigo...

...De los Medicamentos Anodinos

Quando los emolientes se practican con el fin de moderar el dolor, los llaman anodinos, aunque no se difencian unos de otros..

...De los Medicamentos Vulnerarios

Medicamentos abstersivos, ò mundificantes mediocres, muy convenientes para fermentar los humores viscosos que se quedan estancados en las ulceras, y para suspender y precaver qualquier corrupcion, avivando el tono de los solidos, y dando mayor actividad al balsamo natural. Son: La Yedra terrestre, la consolida mayor, la vervena, la mirrha, el hipericon, la terbentina, la alquimila, el erissimo...

Se usa en zumo, ò en cocimiento, pues de este modo no pierden sus partes volatiles oleosas y salinas...

De los Medicamentos Epuloticos, ò Cicatrizantes

Son unas drogas, que aplicadas en las llagas, endurecen de modo la carne reciente, que no dà mas entrada ni salida à ningun liquido, ò hacen que su afluencia sea menor. Los suaves son: el almidon, harina de arroz, el hypericon, la pimpinela, los ojos de cangrejos, levigados, el ungüento de cerusa... Son epuloticos mediocres: la ortiga muerta, la sangre de drago en lagrima, el bolo armenico oriental, la cola de cavallo, piedra pomex papel quemado..."¹⁷

Los medicamentos se administran por via oral, anal en forma de lavativas, o se aplican localmente. Suelen complementar al braguero o al tratamiento quirurgico, como por ejemplo Juan Fragoso aconseja también para el tratamiento de la hernia: "...en vino medio dragma^v de polvo de raiz de valeriana.

Yerba llamada hermana o centrigrama, bebiendo el agua sana sin abrir, tomándola nueve dias no vuelve el mal. Cierta agua aplicada en papel de estraza en la quebradura, y un braguero de hierro y de corcho..."¹⁰

^v.-Medidas de la época: 1 libra= 12 (o 16) Onzas; una onza= ocho dracmas; un dracma= tres escrúpulos; un escrúpulo= 24 granos; un grano= peso de un grano de cebada de tamaño regular.

Benjamin Bell, traducido por **D. Santiago Garcia** aconseja los opiados, que "aprovechan comunmente moderando el dolor y contribuyendo á relaxar las partes, tomados por la boca o en administrados en lavativas." También recomienda el baño caliente, por su virtud laxante y relaxante.³⁵

No obstante hay quien intenta curar la hernia sólo con medicamentos, pero este modo de tratamiento, exclusivamente con medicamentos, es recriminado por otros, como por Heister: "...Finalmente, no pocos se jactan de curar semejantes hernias con la aplicacion de ungentos, pero à la verdad, es inutil, y superticioso.."7

Las Sangrias

Formaba parte del tratamiento médico complementario habitual, frecuentemente reiteradas, a las que se le da propiedades antiinflamatorias, relajantes, incluso, en cierto modo, "anestésicas". **D. Diego Velasco y Francisco Villaverde** refiere: "...Aunque no se pueda nutrir al enfermo, no por esto son menos necesarias las sangrias más o menos abundantes, y prontamente reiteradas: porque evacuando los vasos de todo el cuerpo, se disminuye precisamente la plenitud de los que corresponden á la parte que padece, y por este medio, no solo se pueden detener los progresos de la inflamación , y calmarla, sino que debilitando todo el cuerpo, se disminuye la fuerza elástica de la aponeurose, que forma el anillo, y así se ha conseguido muchas veces por la taxis la reducción de hernias acompañadas de graves accidentes en el tiempo de un desmayo, ocasionado de una sangria..."15

Medicamentos de aplicación local

Se utilizaban por su actividad inflamatoria, por ejemplo, para ayudar la reducción de la hernia:

"...Al mismo tiempo que se ponen en uso las sangrias, se debe aplicar sobre el tumor, y principalmente sobre el anillo las **cataplasmas emolientes**, renovadas á menudo para que no se sequen. La que los **Prácticos** aseguran producir mejores efectos en estos casos, es la que se hace de **pulpa de hierbas emolientes**, en que se hace derretir una gran cantidad de **ungüento de altea**. Finalmente el **Cirujano** debe procurar la

reducción por la taxis, advirtiendo , que ésta no ha de tener lugar, sino quando la inflamación haya desaparecido, ó sea mui poca. Después que la inflamación, tensión , y dolor hayan cesado,ó disminuido mucho, es necesario cada vez que se mude la cataplasma, hacer alguna tentativa, para reducir las partes, teniendo siempre cuidado de no lastimarlas con el demasiado manoseo..."¹⁵

Los Repercusivos Frios

Se utilizaba la nieve o el hielo por su actividad antiinflamatoria, y "contra el meteorismo", ayudando la reducción. Está **contraindicado en caso de gangrena.**

D. Francisco Xavier Cascaron nos dice: "...En caso de extrangulacion los **repercusivos frios** son convenientes: la aplicacion de un pedazo de **nieve**, ò **yelo** es muy util. Estos disminuyendo el volumen de las partes, y condensando las ventosidades encerradas en la porcion del intestino, hacen su entrada en el vientre mucho mas facil; pero en el caso de una extrangulacion inflamatoria seria muy dañoso, determinando à la gangrena la parte inflamada..."¹⁸

Los Baños Calientes

Los baños calientes, a los que se añadían algún medicamento, también se utilizaban en el tratamiento de las hernias, para facilitar su reducción, como dice **Juan Frago** mas abajo.

Juan de Vigo nos comenta:^{vi}

"...El **regimiento particular** se cumple con la aplicacion de los locales. Primeramente quitados los pelos, si fuere completa, sean reducidas las tripas, y el zirbo àzia la parte de arriba en su asiento; despues ligad un pedaço de **esponja**, con un braguero hecho de mano de buen Artifice, y sea mojada la esponja en el cozimiento abaxo escrito:

Tomad vino tinto estitico, li. iv. rosas balaustias, hojas de arrayan,

^{vi}.-"cura de la quebradura por via de cosas desecantes y glutinantes".

cumaque, y granos de arrayan hojas de llanten, hipericon, madreselva, aña. m. i. rayzes de consolida mayor, y menor, y hojas dellas, aña. m. fs. rayzes de altea, unci ii. Y nora, que se llama altea, porque se alça àzia arriba, y malvavisco, porque glutina, nuezes de aziprès, doze por numero, y poquistidos, unci f., alumbre roche, unci ii. vinagre rosado, unci. i. & fs. lirio, unci iii. mirra, incieso, aña. drach. v. engrudo de pezes, unci i. hierva todo con el dicho vino, hasta que se gaste la mitad, despues sea colado, y con la esponja, y el braguero, aplicado sobre la quebradura, por el modo yà dicho, esto por una semana, mojando dos vezes al dia la dicha medicina.

Y es muy provechoso en este tiempo, que estè echado en la cama; y hecho esto: despues por quinze dias, cada dia una vez, fomentese el lugar con el dicho cozimiento, y despues se finapize con el dicho polvo: cuya ordinacion nuestra es tal:

Toma incienso, almaziga, mirra, añ. drac.

ii. azibar, sangre de drago, sarcocola, mumia, aña. drach. i. & ss: bolo armenico, tierra sellada, aña. drach. ii. & ss. dragaganto molido, engrudo de pezes, aña: drach. i. & ss. balaustias, nuezes de azipres, mirabolanos citrinos, y poquistidos añ. escr. iy. laudano bien molido, dr. ii. & ss. Sea todo bien polvorizado, y hecho polvo.

Hecho este polvo en este caso es de maravillosissima operacion, aprieta la parte relaxada, y deseca, con encarnacion no pequeña del lugar. Passados estos dias, con la medicina dicha: en lugar de la esponja, y cozimiento, se ha de proceder con el ceroto debaxo escrito, estendido sobre aluda; y despues ligar el braguero, mudandolo de semana à semana; y esto ha de ser hasta 40. dias, contando los dias passados. La forma del qual ceroto es esta:

Toma del polvo antes dicho, unci. iii. çumo de rayzes de consolida mayor, y menor, drach. x. trementina clarissima, unci. ii. & ss. azeyte de almaziga, azeyte onsancino, aña. unci. iii. azeyte de trementina, y de arrayan, aña. unci. ss. litargirio de oro, y de plata, aña. drach. vi. sebo de cabron, drach. y hiervan los dichos azeytes con el litargirio, y con un poco de vinagre rosado con fuerte fuego, hasta que se gaste el vinagre, despues hiervan un poco con el çumo de las consolidas, despues sea puesta la trementina, y hierva otro poco, no con tan fuerte fuego, siempre menciando con una espatula, y con cera blanca, y los dichos polvos sea hecho

ceroto firme, el qual havemos experimentados muchas vezes en este caso, con honra nuestra, y provecho no pequeño, y assi con èl he sanado muchos.."11

BRAGUERO, FAJA, O LIGADURA, O CINGULO

NOCIONES

Nos describe Heister:

"...Deben ser de lienzo, ò algodòn, mayormente para los infantes, ò bien que estèn contruidos de cuero; otros son de hoja, ò lamina de hierro, cubiertos de cuero (fig. 15, 7, 8, Tabla XXV), y que no pocos suelen tener junturas movibles, en forma de gozne, ò chamela. Otros se fabrican dobles. Algunos se afirman al cuerpo con cintas; otros con correas y hevillas. En todos debe haver un **glomo**, ò **almohadilla A**, que debe ser algo dura. Y poniendose el paciente boca arriba, se reduciràn primero los intestinos prolapsos, la que se pondrà sobre el anillo de los musculos del abdomen. El **cingulo BB** circunda el vientre, y se junta con las cintas, ò cordones **CC**, que entra por los foramenes **DD**, o se aseguran con hevillas, (fig. 6 y fig. 14, Tabla XXV) **EE**, ò con correas y anzuelos, (fig. 5, 7, 8, 15, Tabla XXV), **aa**.

En muchas de estas faxas se vèn asidas en cierta parte del cingulo, unas vendas ò correas (fig. 5, 6, 10, 11, 12, 13, 14, Tabla XXV), **FF**, que se aseguran en la parte opuesta con cordones, cintas, hevillas, ò anzuelos.

EL **glomo** ò **escudo** puede ser de madera recubierto de cuero, (fig. 11, c y d, Tabla XXV) . La parte posterior, **convexa**, se aplicará en la ruptura (e). Su parte externa, con el **globulo**, **pezòn**, ò **clavo** se asegura en la ligadura.¹⁹

También puede ser el braguero hecho de corcho, como dice Juan Fragoso, o de madera, como dice Fabricio mas abajo.

El material del que está hecho el braguero depende del tipo de enfermo, como expone Heister:

"...No deben construirse siempre de una misma materia, porque en los infantes, y en los que son algos mayores, deben hacerse de lienzo, que aunque no searecio, tenga bastante fortaleza, y estando doble, se le mete dentro, ò se le acolcha con algodòn, ò cuero suave, y blando, (aunque en Madrid se tiene por mejor el que la

entretela sea de cordellate^{vii}, y mejor que este, un orillo de paño, por la facilidad que ay con lavarle, según dice su traductor Andrés García Vázquez).

Pero con los que son robustos, convienen que se hagan de cuero fuerte, ò de hierro..."¹⁹

Pierre Lassus, traducido por D. Pedro Perez, nos habla sobre la pelota que se adapta para contener la hernia: "...Aecio encarga con Teodoro , que se haga la pelota con papel mojado por tres dias en agua fria, á fin que por esta maceracion, que lo hace flexible y blando como una esponja, se pueda dar á la pelota la configuracion necesaria...Se ha hecho la pelota redonda, llana, se le ha dado la figura de un hongo...

...Algunos se han servido de una plancha de hierro, de madera, ó de plomo, cubierta de cera, de cuero ó de esponja..."¹⁴

Tambien nos habla sobre un nuevo tipo de braguero o vendaje:

VENDAJES ELÁSTICOS

...Blegny invento, ó perfecciono los vendages llamados elásticos, y de los que solamente se debe hacer uso: dice Blegny: se componen de una cintura de acero, que rodea todo el cuerpo: este acero está tan bien templado, y tan exáctamente martillado en frio, que el vendage puede abrirse suficientemente para ponerse..."

Lo explica Lassus: "...Una lámina de hierro dulce, bien templado, firme y elástico, es sin duda la materia mas propia para la construccion de un vendage inguinal ó crural; despues de tallarlo, y batirlo por igual en frio, forma una elipse, que corresponde exactamente á las eminencias y cavidades que presente el exterior del cuerpo; su longitud no puede ser la misma para todos los individuos,... que abraza á lo menos las tres partes de la circunferencia del cuerpo. Debe tener, por una regla general, para un adulto de diez y siete á diez ocho pulgadas de longitud, diez lineas^{viii} de ancho, y una de grueso.

^{vii}.-Cordellate: Tejido basto de lana, cuya trama forma cordoncillo.

^{viii}.-Linea: Medida de longitud equivalente a unos dos milímetros.

Su **abertura**, el espacio entre sus dos extremidades, debe ser un ángulo agudo, y su **resorte**, igual á un peso de quatro libras. El resorte ó elasticidad del vendage, se comparte entre un **punto de apoyo**, que exercita posteriormente sobre el hueso sacro, y un **punto de compresion** que se hace anteriormente sobre el anillo. El punto de apoyo y de compresion **no puede estar sobre la misma linea horizontal**; es preciso, por la forma que se le da, que apriete de baxo en alto en el lado de la pelota.

La **pelota** no será ni muy larga ni muy ancha, á fin de no apoyar sobre partes cuya compresion es inútil; una pelota **pequeña**, por lo general es mas eficaz: Debe ser llana, como dijo Lafranc, si es redonda, ó puntiaguda, obrará como una esquina, que dilatará el anillo.

La **tira de cuero**, nombrada de **entrepiermas**, inventada por Lafranc para sujetar el vendage, é impedirle subir, es inútil; quando el paciente es muy delgado, ó tiene algun vicio de conformacion es útil.

La inclinacion que es necesario dar á la plancha que forma el escudo, es digno de toda atencion. El anillo inguinal está cerca de dos pulgadas por baxo de la linea circular que describe el hierro del vendage; esta medida sirve para determinar qual debe ser la anchura é inclinacion de la pelota: para construirla se sirven de una plancha de hierro con quatro agujeros fixada al hierro del vendage, uniendo á la misma plancha un pedazo de corcho de dos lineas de grueso, sobre el qual se pone lana ó cerda para formar la pelota, que se cubre, igual que el resto del vendage, con gamuza....para remediar los inconvenientes de un sudor abundante y acrimonioso, que escoria la piel, poner entre la pelota y los tegumentos una compresa de lienzo fino, que será renovar todos los dias...

Precio de los Bragueros

Refiere Lassus: "...se fabrican y venden en la calle del Turco, casa del instrumentista del Real Colegio de Cirujia de San Cárlos, que ha viajado á expensas del Rey á Paris y Londres, para ilustrarse en hacer y perfeccionar todos los instrumentos y máquinas de Cirujia; son los mejores que se fabrican; los extrangeros solo superan en el excesivo precio, pues el braguero simple lo dan á 200 reales, y el doble á 300, quando nuestro instrumentista los da por una mitad...

En los Niños

Era una opinion recibida hasta estos últimos tiempos, que bastaba aplicar á los niños herniosos un vendage de tela, de paño ó algodón, y se creia que un niño no podia sufrir la accion de un vendage elástico; es un error, porque el medio mas seguro de curar radicalmente la hernia en semejante edad, es de aplicar un vendage de acero..."¹⁴

El tratamiento típico de la hernia consistia en la taxis, y el braguero, complementado con un tratamiento medico-dietético, en el que se insiste evitar el endurecimiento de las heces; modo de vida, y algún medicamento local, como **Juan Fragoso** aconseja: "...que subas las tripas, un braguero que sea ancho de cuatro dedos: le ordenes un emplasto", y un buen regimiento. Al menos no crecerá el mal, y el enfermo no vivirá por eso un dia menos de lo que haya que vivir..."

Describe varios ejemplos: un enfermo de 40 años que tenia tantas tripas en la bolsa, que apenas se le podia reducir:

"...le puse en un baño, le humedecí las heces, y luego le hice echar medicinas, y finalmente los volví arriba, y luego, poniéndole el peligro delante, quiso más el braguero y el emplasto que le hice con su buena ligadura, y regimiento.

A pocos dia topó conmigo diciendo que estaba sano y que no traia puesto nada, a lo cual le reñí mucho, persuadiéndole que no dejase el braguero, ni el emplasto contra ruptura, hasta tanto que la parte no quedase recia y firme..."¹⁰

Refiere bragueros de hierro y de corcho.

Muchos niños tienen hernias por relajación y frecuentemente sana sin "sin obra de manos"(Cirugia), con las medicinas y la ligadura conveniente, siendo corregidos a tiempo..."¹⁰

¹⁴.- Emplasto: Forma Farmaceutica de uso externo, sólida no licuable a 37 grados centígrados, flexibles, plásticas y pegajosas, a la cual se le incorpora un principio activo.

Fundamento del Braguero

Se espera del braguero que **aglutine, que una las tunicas dilatadas entre sí, o al menos detiene dentro el intestino**, lo cual se ayuda colocando debajo del braguero, sobre todo en los rudimentarios, una pelota, o almohadilla, como dice **Fabricio Aquapendente**: "...La faja, y la ligadura, se haze por esto, porque aviendo puesto en lo baxo algun emboltorio de paños, o una pelota, muchas vezes con la constriccion se buelven á juntar, é unir las tunicas entre si...

...Y este braguero, ó se haze de paño, y lienço embueltos, ó de madera, ó hierro. Todas estas operaciones son muy seguras, y muchas vezes confortan, y unen, poniendo debaxo de la pelota, ó almohadilla, el parche^x astringente^{vi}...

...Pero con esto no siempre sanan las hernias, sino solo detiene dentro el intestino, para que no baxe, y esta es la intencion mas comun, y primero que las demas para cualquier curacion destas, porque sin ella, ni se puede esperar la astringencia, ni la aglutinacion..."⁹.

O dice **Heister**: "...y haviendo puesto sobre la parte un parche glutinoso, se ceñirá bien ajustado, sirviendo, no solo para contener los intestino, sino para que comprima los procesos del peritoneo, y se aglutinen sus tunicas entre si,ò porque à lo menos se junten, y casi se cierren, para que los intestinos no puedan salir..."⁷

Utilidad del Braguero

Es **preferible a la operacion**, como dice **Fabricio**:

"...La qual..." (se refiere a la cirugía, concretamente a su cuarto procedimiento) "...es tan peligrosa como horrible, y aunque muchos se escapan, no pocos se mueren en el puesto: ó poco despues. Por lo qual se llega á obrar en estos tales, como en cuerpos ya muertos. Por esta razon, que de ninguna manera los pacientes se expongan á semejante peligro, particularmente pudiendo traer un braguero puesto toda su vida, sin que por ello se les acorte si quiera un dia ...Y esto lo aconsejo de mejor gana, porque estos dias, estando hablando con el señor Horacio de Norsia, diestrisimo persona para esta materia, me dixo que los años antecedentes habria cada año á mas de doscientos, y aora no llegavan á veinte, y preguntadole yo el porque,

^x.-Parche o Escudos: Preparaciones emplásticas adheridas a hules o pieles (era la forma ordinaria de dispensación de emplastos).

Astringente: Produce constricción o sequedad.

me dixo era, porque viendo del braguero, y trayendo puesto el medicamento astringente, sanavan los mas enfermos deste achaque..."⁹

Indicaciones del Braguero

Se utilizaba en las hernias "leves", no encarceradas, siendo mas eficaz en las recientes, como comenta **Heister**: "...en las hernias leves, recientes, y que no estan encarceradas, se aplicará aquella ligadura, y algun emplastro aglutinante, ayudado con medicamentos corroborantes^{xi}, tanto internos, como externos..."⁷.

No es tan eficaz en las hernias grandes, viejas, o enfermos mayores, en estos casos su principal misión es mantener el intestino reducido para evitar las complicaciones, según refiere el mismo Autor:

"...Quando el paciente es de adelantada edad, ò que la hernia es muy inveterada, y principalmente muy grande, y que este mal no se puede curar por el beneficio de la ligadura, entonces se debe poner mayor cuidado, en que esta sea tan apretada, que sea poderosa à contener en el abdomen los intestinos, y el omento, y escusar los accidentes gravisimos, y el que se haga mayor...Serà muy utilissima toda ligadura, que puesta en el vientre comprima perfectamente el lugar de la llaga, abertura, ò procidencia, de tal suerte, que de ningun modo dexe salir, ni à los intestinos, ni al omento: y para esto es mu necesario, que sea muy proporcionada al cuerpo, y que se pueda adaptar con facilidad..."⁷

O como refiere **Diego Velasco y Francisco Villaverde**: "...Después de hecha la reducción, se procurará contener las partes reducidas por medio de un braguero, cuya pelota apoye sobre el anillo . Esta curación se debe mirar como paliativa en los sugetos mayores en edad: pero en los niños y juvenes sucede muchas veces que el uso continuo de un vendage estrecha el anillo lo suficiente para obtener una curación radical. La aplicación del vendaje debe ser sin intermisión, porque si las partes vuelven a salir , aunque sea una vez , esto bastará para impedir , ó á lo menos retardar mucho la curación.

De lo dicho se infiere, que la aplicación del braguero no conviene sino después de haber hecho la reducción: esta regla debe ser general para los enteroceles;

^{xi}.-Corroborante: Acción corroborante, tónico.

pero en los epiploceles muchas veces se emplea con suceso en algunas de reducción incompleta. En este caso, una pelota que sea cóncava en forma de cuchara, y amoldada la figura del tumor, comprime suavemente el epiploon, y no sólo impide que salga más, sino que también ocasiona poco a poco su depresión, achatando las células pinguedosas unas sobre otras, de modo que el suco aceitoso que antes se fijaba en ellas, no puede volver a entrar. No obstante, se advierte, que este método no tiene lugar en las hernias en quienes el epiploon ha caído en el escroto; sino en las incompletas..."¹⁵

Modo de Vida con el Braguero

Seguendo a Heister: "...Por lo demás, esto debe continuar à lo menos por seis meses continuos, observando una buena abstinencia en el *victus ratio*^{xii}", evitando el saltar, andar à cavallo, y todo genero de movimiento vehemente, y tomando algunas veces algun medicamento, que mueva el vientre con blandura, y que corrobore al mismo tiempo, porque si los intestinos se llenan de flato, es muy posible que buelvan à prorrumpir por los musculos del abdomen. La curacion que acabamos de preferir, por la mayor parte sucede siempre feliz, curandose con ella casi siempre, los que àun no pasan de 20 años; y àun algunos que pasaban de los 30, casi contra toda esperanza..."

Resultados

El único medio de obtener la cura radical de una hernia es la aplicacion exacta y constante de un vendage bien hecho.

Esta cura no se logra sino en los niños y los jóvenes. Si algunos adultos ha conseguido el mismo beneficio, es porque la hernia era pequeña, reciente, y contenida siempre por un vendage llevado día y noche por espacio de un año à lo menos.

^{xii}.- "Remedio del prior de Cabrier, en Francia, que compró Luis XIV para utilidad pública. Consistia en espíritu de sal, que tomados todos los dias en cierta cantidad, mezclado con vino rubro, se continuaba por algún tiempo; pero à la verdad, sin usar de ligadura, muy poco, ò ningun efecto se consigue de ello".

Comenta **Lassus**: "No se debe esperar mas que una cura **paliativa**, quando el anillo inguinal se ha dilatado mucho, quando la hernia es **antigua**, y **voluminosa**, y quando ha sido **reducida** muchas veces, y que el que la padece toca en la edad de treinta á quarenta años..."¹⁴

Contraindicaciones del Braguero

"...Toda hernia susceptible de reduccion debe ser reducida y contenida por un vendage. No aplicar el vendage quando á un mismo tiempo hay hernia y enfermedad en el testiculo, ó bien quando una porcion de epiplon no puede ser reducido, al reducir el intestino. Hacer guardar cama al enfermo, y no aplicar el vendage hasta que el epiplon esté reducido, ó la enfermedad del testículo esté terminada..."¹⁴

Bragueros Especiales

Jorge de la Faye, traducido por J. Galisteo y Xiorro, dice: "...si lo que se ha podido reducir, à causa de las adherencias, no es considerable, usará un **braguero** que tenga una hendidura capaz de contener solamente las partes adheridas, y cuyo borde puedan impedir la salida de las otras. Pero quando la porcion que queda fuera es muy grande, poner un vendage suspensorio..."¹

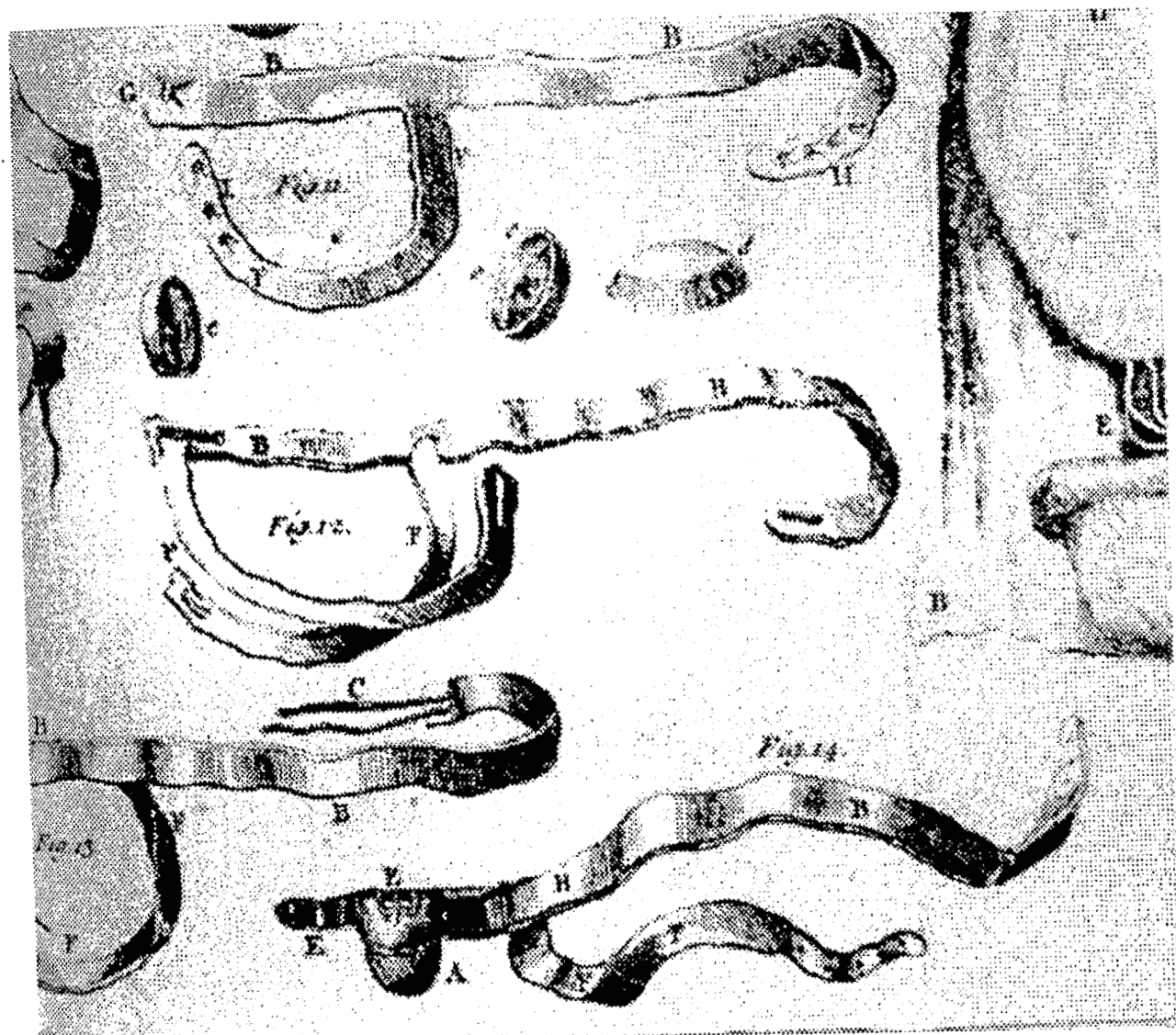


Tabla XXV de Heister.

Explicación en el texto.

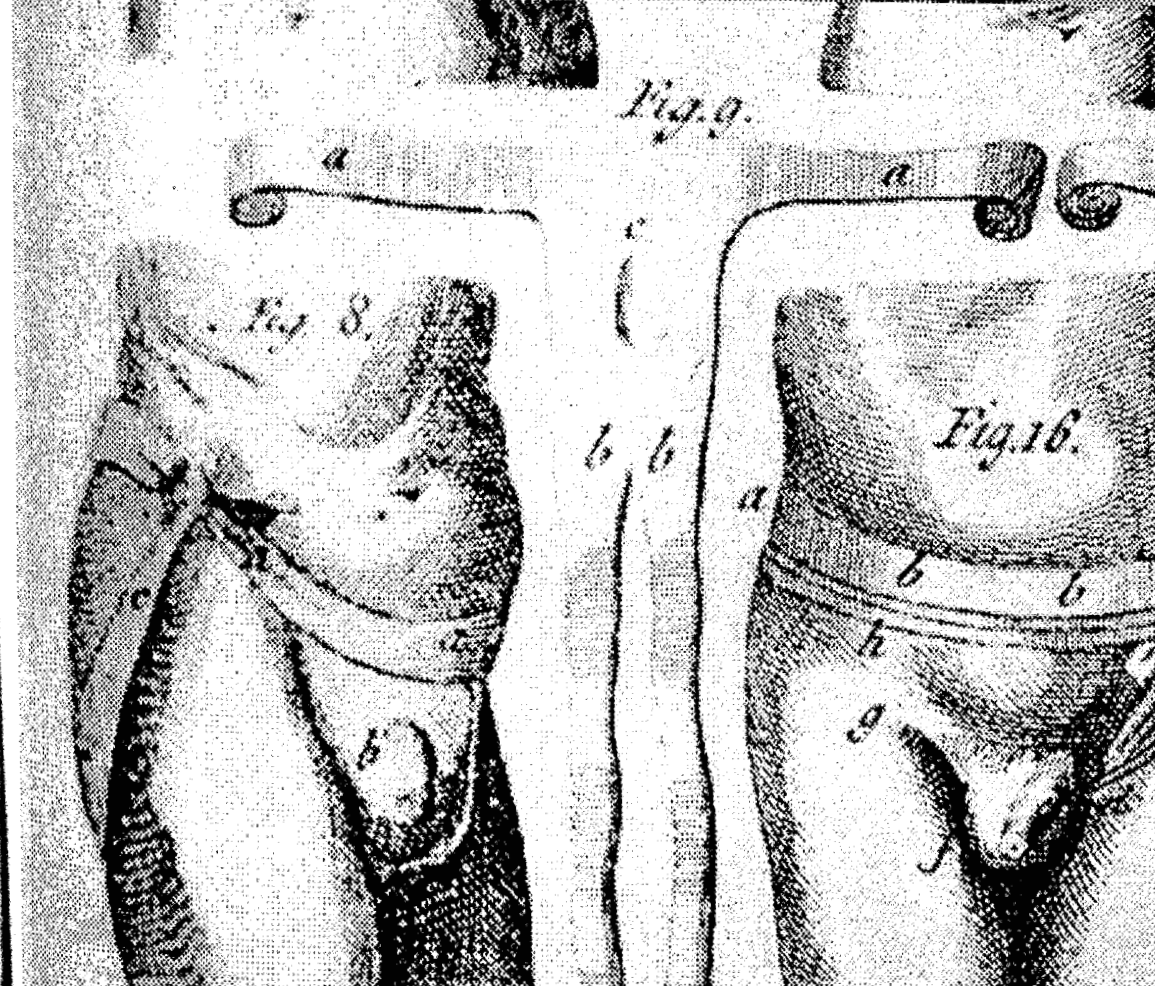


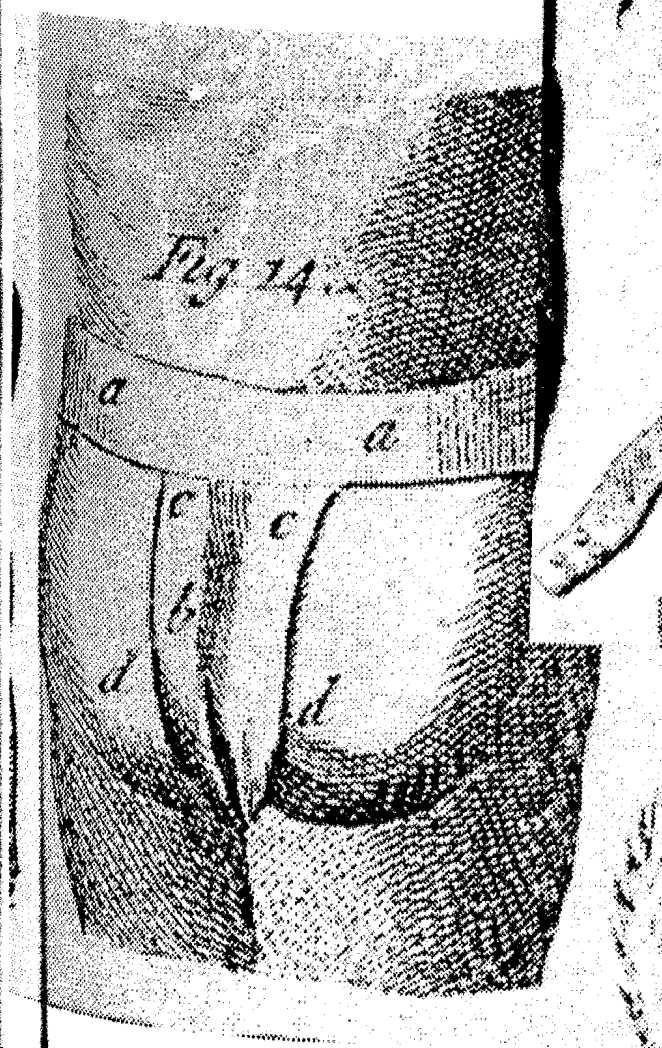
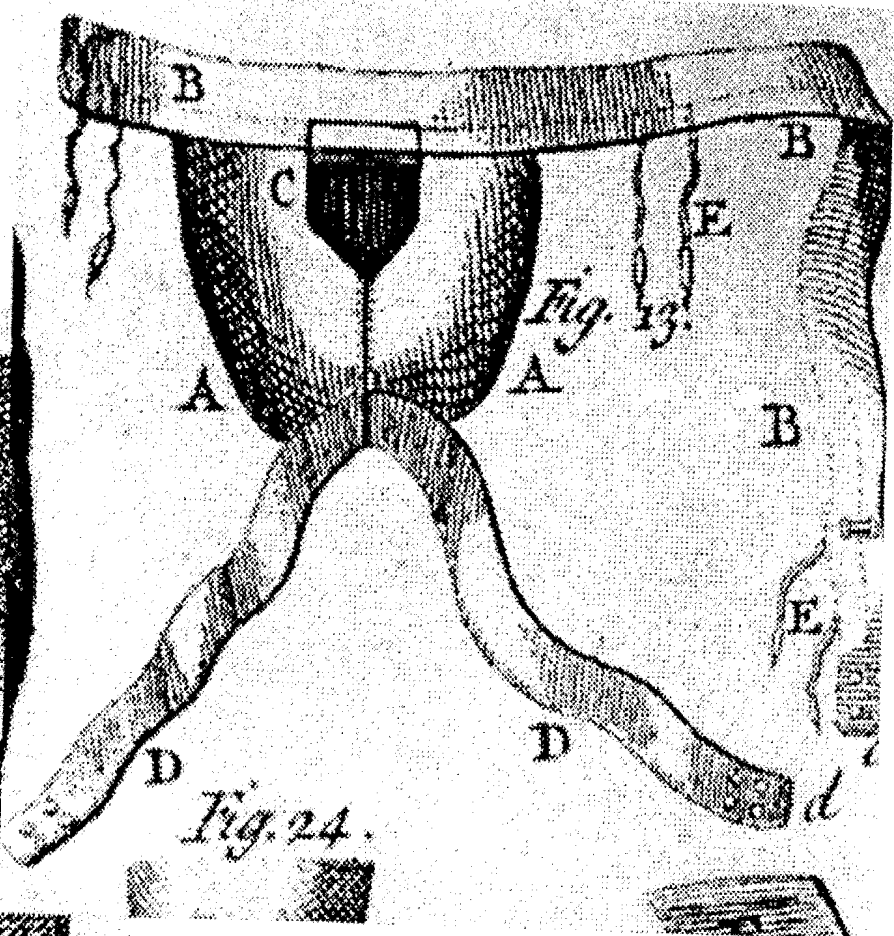
Tabla XXV de Heister.
Explicación en el texto.

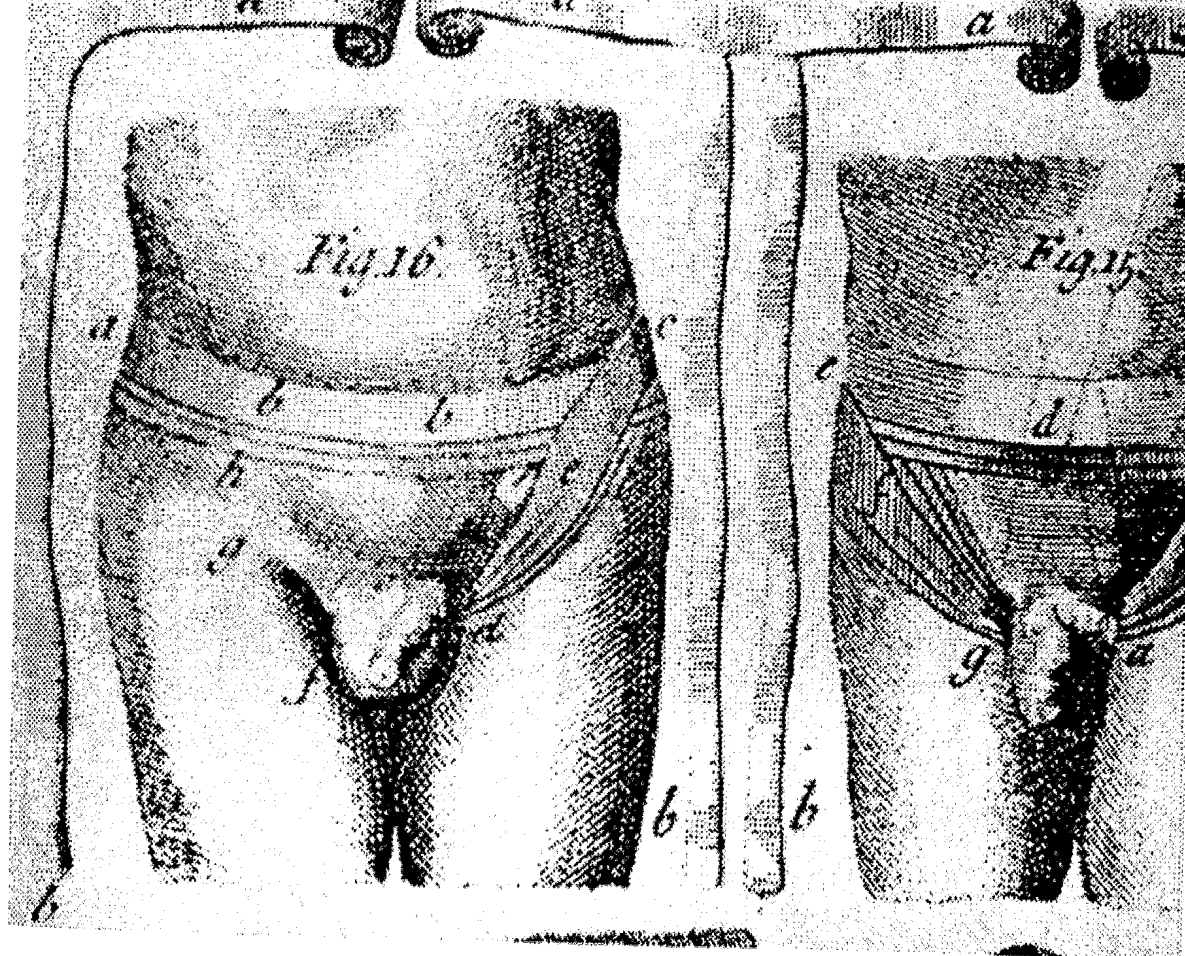
BRAGUEROS

Tabla XXXVII.

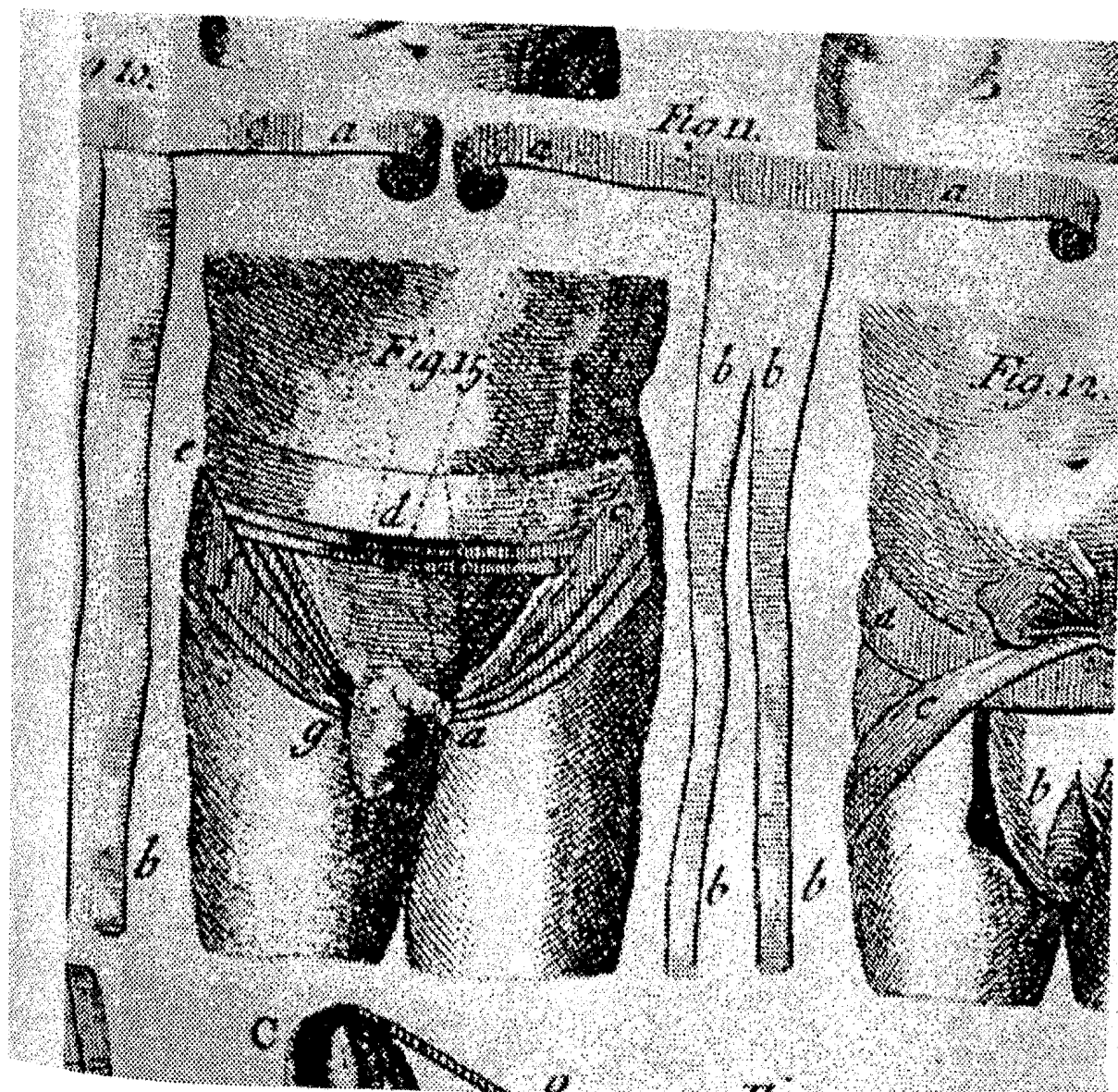
Heister.







BRAGUEROS. Tabla XXXVIII de Heister.



TRATAMIENTO POR CIRUGIA

INDICACIONES

Heister, refiriéndose al *Sr. Petit*, dice: "...La sola razon que nos obliga á hacer la operacion es la estrangulacion...". Y **Samuel Sharp**, en 1753: "...la operacion del Bubonocoele...solo se debe practicar en la mayor extremidad y peligro..."⁵.

Heister dice:"...Pero si no se puede detener con la ligadura, ò que algunos no quieren sufrir la molestia que causa , sino que antes bien desean curarse con la conveniente seccion: cortando el cutis, se aparta del saco la hernia, y respuestas yà las partes prolapsas, se liga el anillo del musculo oblicuo externo, y se pueden curar sin daño de los testiculos, ò vasos espermaticos..."

Ineficacia de la Cura Radical.

Tipo de Operaciones practicadas por los Antiguos.

Nos comenta **Pedro Iassus**: "...Se encuentran en los Autores mas antiguos, tales como Celso y Paulo de Egina, diferente métodos operatorios, por los que creían poder curar radicalmente todas las hernias. El arte de construir vendage estaba poco adelantado en aquellos tiempos remotos...

...Unos, despues de haber reducido la hernia, levantaban los tegumentos, y en su base le daban puntadas de hilo doble con una aguja., y atándolos circularmente, hacian que cayese gangrenosa una parte igual, con el fin de obtener en seguida una cicatrizacion dura y tensa.

Otros cortaban por una incision hecha en forma de hoja de mirto los tegumentos, que cubrian la hernia, creyendo poder reunir despues por puntos de sutura los labios de esta herida, con pérdida de substancia..."

Castración

"...Casi todos los que han escrito, del siglo séptimo hasta el principio de este, han creido que la castracion era un medio eficaz para curar radicalmente la hernia: millares de hombres han sido mutilados, sin haber sacado de esta operacion dolorosa,

la mas ligera ventaja...

...Los operadores ambulantes (Vulgo los Capadores) son muy diestros para separar estos órganos, sin que los asistentes lo perciban: hacen la ligadura, y con su dedo pequeño introducido por baxo de estos vasos que cortan, lo hacen salir, y lo esconden en su mano, para ponerlo en su bolsa sin ser vistos. Se ha conocido uno de estos operadores que mantenía á su perro con testículos: el perro se ponía baxo la cama del enfermo, ó baxo la mesa inmediata á su amo, esperando este trozo fresco, con que le regalaba luego que había hecho la extirpacion, sin conocerlo los asistentes. (*Dionis*).

Franco dice en su tratado de hernias, que es preciso desprender el testículo de las partes que le rodean, dexarle despues fuera de la herida por muchos dias, ligar el cordon espermático, apretando mucho la ligadura, y aun hacerla apretar por dos hombres, que tiraran con toda su fuerza con dos pequeños palos, para que el cordon sea prontamente cortado. Se proponian los Autores de este absurdo método ligar el saco con el cordon espermático para que quedase para siempre cerrada la abertura, que daba salida al intestino; pero la mayor parte de los enfermos espiraban en las convulsiones....

...Yo he visto hombres que tenían a un tiempo, y en un mismo lado un testículo canceroso, y una hernia inguinal; pero hecha la castracion, le fué preciso usar los vendages despues de su cura...Ninguna de estas operaciones restituye al anillo dilatado su elasticidad, ni su estado natural, y por lo mismo no pueden en modo alguno contribuir á la cura de una hernia...¹⁴

Responsabilidad civil en la Castracion

"...Un Empírico fue condenado á tres años de galeras, por haber privado á un particular de sus dos testículos, queriendo curarle una hernia.

Una muger fué condenada á azotes, y prision de cinco años por haber cortado los testículos á cinco juvenes, que padecian hernias..."¹⁴

Indicación de la Castración

Samuel Sharp refiere: "...Hallamos algunas veces no solo una adhesion de la superficie exterior del peritoneo con la tunica vaginal, y con los vasos espermaticos, sino tambien de alguna parte de los intestinos, con la superficie interna del mismo peritoneo, y en este caso están las partes entre sí confundidas, de suerte que el Cirujano se ve precisado à extirpar el testiculo, para haver de separar, y desembarazar el intestino".⁵

Cuando coexiste un tumor testicular, como ha referido **Lassus**.

Brevemente, el tratamiento quirurgico se resume, según **Francisco Diaz**: "...Se ata al paciente de espalda sobre una mesa, se corta la ingle a traves hasta el plano entre la membrana carnosa y las otras dos telas, metiendo el dedo indice hasta lo ultimo del escroto; luego con la mano derecha sacamos el companon junto con la tela colorada o rubicunda; miramos luego si hubiere alguna parte del intestino revuelta con la membrana, y si la hubiere la subiremos al vientre, y despues tomaremos una aguja, y con un hilo recio ataremos el cabo de la tela hasta la mitad de lo que hubieremos cortado, y atamos la misma tela fuertemente, y despues de atada la cortamos, y damos dos cauterios de fuego, ha de quedar la cuerda de manera que la naturaleza pueda facilmente expelerla, y despues de hecha tenemos que usar medicinas supuratorias y procurar atajar la inflamacion...". **Francisco Diaz**, como casi todos los Cirujanos, aconseja la conveniencia de respetar el testículo y sus vasos.⁸

Posición

La posición que describe **Heister** es: "...Poner al enfermo boca arriba, la cabeza baxa, y las piernas levantadas, colocado sobre una mesa, teniendolo bien seguro, ò comprimido por conveniente ligadura, ò bien que le tengan muy asido de cabeza, manos, y pies algunos hombres robustos, para que ni se buelva, ni se mueva. Despues repone el Cirujano, y compele los intestinos dentro de la cabidad del abdomen, y se mande à un ministro que tenga puesta una mano con seguridad sobre el foramen..."⁷

Samuel Sharp concretiza que la mesa ha de tener tres pies y cuatro pulgadas de alto, él deja las piernas péndulas⁵.

Benjamin Bell coloca al paciente con las piernas colgando en el borde de la mesa, y muy separadas, para que el cirujano se coloque entre ellas. Procurará el enfermo expeler toda la orina³⁵.

Incisión

La incisión se realiza levantando la piel suprayacente al tumor formado por la hernia, en la ingle si se trata de bubonocoele, o en el escroto si es hernia escrotal, comprendiendo la piel, subcutaneo, y diversas capas hasta el saco. Luego se puede ampliar con la ayuda de una sonda acanalada.

Samuel Sharp es el autor de los que he revisado que modifica la incisión: "...principiaràs à hacer la incision por encima de los anillos de los musculos, de la otra parte de la extremidad del tumor, la iràs guiando àcia abaxo, casi tanto como hasta la mitad del escroto...", insiste en:" que se dê principio à la incision exterior en bastante altura sobre los anillos⁴.

Fundamento de la Operación

Consiste en reseca el saco, bajo una ligadura fuerte, que unos pasan por transfixión, lo mas cerca posible del anillo, durante esta maniobra, en los hombres se intenta respetar los elementos del cordón, y el testículo. Aunque la ligadura y sección del saco y el cordón en bloque parece que era una práctica muy común, a pesar que era bastante recriminado por los grandes Cirujanos.

Posteriormente, se intenta reforzar el defecto hemiario, originando una ciatriz, con sutura, escarificación, cauterio..

Fabrizio Aquapendente expone con amplitud el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, citando también a Autores Antiguos (Celso, Paulo, etc.):

"...Tratamiento por Incisión

Las quales se hazen con algun peligro.

Córtese la ingle por la parte que está hinchada en linea transversal de tres

dedos de largo: la cutis membranosa y carnosa, y se saca la pinguedo^{xiii}, de modo que el peritoneo hinchado quede desnudo. Con una tiente se comprime hacia abajo el peritoneo para que también el intestino se compela, y se meta dentro; y teniendo siempre encima el instrumento que comprime el peritoneo se han de juntar y coger los labios de la herida y entonces quitaremos la tiente, y curaremos la herida como se curan las simples y sangrientas. Esta es la cura que hace Paulo^{xiv} en la bubonocèle, la qual sólo aprieta el pellexo con los puntos para que la astrictión y la cicatriz le prohiba la laxación del peritoneo y la fuerza impetuosa (del intestino)..."

"...Generalmente se haze esta operacion de dos maneras: ó sin sacar el testículo, como lo hazen los buenos Cirujanos, ó sacandole, como lo hazen los empyricos, é ignorantes.

Sin sacar el testículo, tambien se puede hazer de dos maneras: ó sin lesion de los vasos seminales, ó con lesion dellos, y perdida de la virtud generativa del semen.

Sin lesion, tambien de dos maneras: ó con puntos, ó con fuego, esto es, cauterio con hierros ardiendo.

Con lesion de los vasos de muchos modos, pero todos convienen en que se apriete y glutine lo que està dilatado, ò rompido, de manera que no pueda bolver à baxarse el intestino. Aviendo, pues metido dentro del vientre los intestinos, y puesta una trabilla, ò punto en la ingle, se aprieta el peritoneo, ò la vaginal dilatada: lo qual se haze señalando primero el lugar, y despues haziendo una abertura obliqua en la ingle, hasta descubrir la túnica vaginal (que Celso llama media). : despues se ha de dar una puntada en el vaso seminal, y en el peritoneo dilatado, apretandolos juntos.

Ay algunos que para dar el punto, usan de un instrumento corbo, enhebrado en un hilo de oro; pero qualquier abuxa fuerte, gruesa, y encorbada, que tēga un hilo gordo untado cō cera, es buena. Si bien mas alabaré yo el hilo de oro, porque es flexible, y no rasga, ni come las partes que aprieta, sino tan solamente las aprieta.

^{xiii}. - Pinguedo; Parece referirse al tejido graso.

^{xiv}. - Parece referirse a Paulo de Egina.

hasta que se aseguren, y unan. Y este modo quita la virtud de engendrar porque se ligã los vasos seminales.

El segundo modo, que no quita la facultad de engendrar se haze,dando una cuchillada en el cuero, á lo largo de toda la vaginal dilatada, esto es cortando el pellexo hasta la tunica vaginal, y despues, levantando cõ los dedos, ó con unos anuelos la vaginal, y haziendo una costura en la vaginal dilatada á lo largo de toda la dilatacion, la qual se ha de hazer con una abuxa firme, gruessa, y encorbada, que tenga un hilo gordo, y firme, y quedando dentro intactos los vasos seminales, se junta, é une la tunica, sin sacar , ni ofender los testiculos.

La tercera operacion se haze con muchos hierros ardiendos, pequeños, y de punta: es á saber, quemando toda la tunica dilatada, no solo hasta los terminos de la dilatacion, sino tambien linea recta á lo largo por enmedio, porque esta se va arrugando, y apretando con el fuego, y al hazer la cicatriz se encallece: y desta suerte se recoge, y aprieta lo que esta dilatado: Y si esto se haze con atencion, y reparo, quedan casi enteras todas las cosas tocantes al semen, y a la elaboracion de su materia.(ver mas abajo).

Operacion quarta: pero si la dilatacion, ó por mejor dezir, rotura, fuere grande, en tal caso se haze la Cirurgia, **sacando el testiculo** desta manera:

Atase al enfermo, echado boca arriba sobre una mesa, y luego se señala en la ingle toda la dilatacion obliquamente con tinta: y despues el ayudante aprieta por lo baxo de la barriga los intestinos para que no salgan afuera: y entonces el Ciruxano con la lanceta haze una seccion oblicua en la ingle, y tira ázia arriba al testiculo, para que salga por el abuxero; y despues con el dedo va apartando de alderredor todas las tunicas, y separandola del seroto, y particularmente la vaginal dilatada, y la saca tambien afuera, y cogiendo los vasos, y la tunica vaginal, esto es, todo el nervio, lo agarra con una tenaza acomodada para el caso, y despues de averlo cosido todo, corta por encima de los puntos, y arroja el testiculo: Despues para ataxar la sangre, cauteriza con hierros ardiendo todas aquellas partes que estan sobre la costura, y las buelve a meter dentro, dexando por la parte de afuera larga la hebra, para tirar della á su tiempo quando se aya afloxadado. A lo ultimo con un instrumento que mete por el mismo abujero de la ingle, y llega hasta lo hondo del seroto, abugera el mismo

scroto, y para que por alli se expurgue la herida, y ansi se acaba esta operacion. La qual es tan peligrosa como horrible, y aunque muchos se escapan, no pocos se mueren en el puesto; ó poco despues. Por lo qual se llega á obrar en estos tales, como en cuerpos ya muertos. Por esta razon, que de ninguna manera los pacientes se expongan á semejante peligro, particularmente pudiendo traer un braguero puesto toda su vida, sin que por ello se les acorte si quiera un dia..."⁹

Dr. D. Fernando Infante de Auriolés, en 1658: "...Con el hierro es curada la cirbosa, é intestinal, segun Albucasis, y Haliabas, y Avicena: delante del Artifice sea levantado el paciente, en esta manera, y detenga el aliento, porque salga quanto podria la eminencia. Y entonces sea señalada alrededor de la eminencia con tinta, y despues sea puesto boca arriba el paciente, tornados los intestinos y el cirbo adentro, y sea cortada por el circuito señalado, la primera parte; despues có el uncino fuerte hincado en medio del circulo señalado, é inciso, sea elevado todo el mirach, y sea ligado fuerte, ó sea cosido bien, y fuertemente, guardando que no sea tomada alguna cosa del intestino. Y si para mayor seguridad sean hincadas dos agujas en cruz, y debajo de las agujas sea hecha una ligadura en quatro partes, mas firme se tendra la dicha ligadura, y dexalos asi con las cosa amasantes el dolor, hasta que caiga por si, y despues, como las otras llagas sea sanada. Empero por el peligro del intestino mandan, que despues de la primera ligadura, sea abierto el medio de la eminencia, y con el dedo sea perquerido, ó buscado el intestino, si es tornado, mas enojosa es la operacion, y yo nunca la hize, por lo qual a la sutileza del obrante la dexo"²⁰

Heister expone:

"...KELOTOMIA

La Kelotomia, ò seccion con el escalpelo, la qual usan con frecuencia los Argitas, extirpando el testiculo.

Pero no obstante, militan contra ella las razones siguientes: 1. Los terribles, y acerbos dolores. 2. El grandísimo peligro de la vida. 3. La irreparable perdida del testiculo. 4. Que el mal vuelva à su pristino estado.

Los prudentes Medicos solamente la hacen en alguna hernia, donde los

intestinos no se pueden reponer, porque se temen los peligros que traen una hernia encarcerada. Los Cirujanos vagamundos, *Celotomicos* ò *Proteros*, siguiendo el methodo de los Antiguos, cortan las partes proximas à los intestinos, y los reponen, usandolo con indiferencia, tanto en los infantes, como en los ancianos.

Modo como lo instituyen los Agirtas

...Se toma la parte lateral, y superior del escroto, y levantando àzia arriba el cutis de la misma suerte que diximos en el bubonoccele, se hará una incision longitudinal en el cutis, junto con la pinguedo, de tres ò quatro dedos de larga, ò segun la magnitud del cuerpo en que se opera. Descubierto por este medio los processos del peritoneo, y el testiculo, con ayuda del dedo las procura separar el cirujano de las demás partes propinquas, y le saca del escroto, lo que no se pude hacer sin gravisimos dolores del paciente. Despues de esto el proceso del peritoneo se retrahe àzia fuera lo suficiente, y se liga cerca de la parte superior, bien firme, con un torzal de seda, ò lino, para que cortandolo despues con el escalpelo, no se siga hemorragia de las venas y arteria espermaticas. Tambien suelen hacerlo de este modo, que es separar con los dedos los processos del peritoneo, de las partes vecinas, antes que extraygan el testiculo; y haciendo la ligadura con el torzal (no pocos, con una aguja grande enhebrada en un hilo doble, passan, y perforan los processos del peritoneo, y formando un assa de quatro principios, los ligan, y atan por una y otra parte, segun Paulo), separan el testiculo del escroto con la otra mano, ocultandolo con gran diligencia, para que los asistentes no lo vean, y dexando como un dedo de distancia entre el testiculo, y la ligadura; finalmente, lo cortan con gran ligereza y disimulo, y llenando la llaga de hilas, y poniendo su parche, y su cabezal, hacen su deligacion con faxa proporcionada, y colocando al paciente en el lecho, acaban su obra, como si le quedaran los dos testiculos.

En los siguientes dias, casi todos remueven la deligacion una vez, aplicando el azeite de huevos, de hipericon, ò otro vulnerario^{xv} de este genero, continuando con este methodo, hasta que cae espontaneamente el cordòn con que estaban ligados los processos del peritoneo, y los vasos espermaticos, que por lo regular suele ser al

^{xv}.-Vulnerario: Cicatrizante.

quinto, sexto, ò septimo dia. Extraida yà la ligadura, se procura **aglutinar** la herida con los **medicamentos balsamicos**, prosiguiendo hasta el cumplimiento de la curacion. Los Agirtas, ò Potreros mas prudentes, suelen mandar, que los pacientes observen **quietud por doce, ó catorce dias**, pescrivienoles el *victus ratio*, que se acostumbra en las graves heridas, ò en las operaciones Chirurgicas, continuandolo hasta que el enfermo muere, ò del todo sana. Por lo demàs es cierto, que nos enseña el uso, que à no pocos de los enfermos, que experimentan el hierro, les viene **fiebre, spasma, distension, ò convulsion de nervios**.

Algunos Profesores, especialmente Italianos, y entre ellos *Fabricio Aquapendente*, y *Sculteto*, segun se lee en sus escritos, muy pocas veces comprehendian esta obra, pero siempre con gravissimos dolores de los miseros pacientes, porque antes de atar los processos del peritoneo, pasaban una aguja grande, con un hilo grueso encerado, y despues de cortado el testiculo, cauterizaban la llaga de los vasos espermaticos con un hierro caliente.

TERCER MODO DE CURACION: PUNTURA, Ò SECCION AUREA

Descrita en *Pareo*, y en *Geigero*, en la qual no experimentan los pobres pacientes las miserias, y peligros, ni perdida del testiculo.

Se colocará al enfermo boca arriba, en la forma que tenemos dichas tantas veces, y comprimiendo los intestinos despues de reducidos, se hará una incision con el escalpelo, y con un hilo de oro muy delgado, se ligará la parte superior de los processos del peritoneo, arrimado al anillo, quedandose conservado el testiculo en su mismo sitio, y sin extraherle, como en las demàs operaciones. Con el hilo de oro se daràn algunas bueltas, comprimiendole moderadamente, y con la ayuda de alguna tenacita, ò alicates, se juntará, y retorcerá junto à los dichos processos: con cuyo medio quedan libres de la compresion de los vasos seminales, y estrecho los processos, para que los intestinos no puedan descender al escroto.

Pero à la verdad, muy poco comodo nos parece este methodo: porque si con el hilo de oro no se dexa bien estrechada la ligadura, bolveràn à descender los intestinos; y si se aprieta algo mas, se comprimen igualmente los vasos espermaticos, y por consiguiente es necessario, que se corrompan los testiculos. Y no digo nada de

la grave dificultad, que havrà en aglutinar la llaga, porque à lo menos **siempre permanecerà alguna fistula**, ocasionada de la continua incision, è irritacion, que harà en las partes el hilo, que quedò permanentemente dentro.

Sermesio, Medico de Amsterdam, publicò en 1726, otra razon de curar las hernias sin la extraccion de los testiculos, que èl lo vio practicar muy comunmente entre los *Russianos*, ò *Moscovitas*: ponía los enfermos boca arriba en un escaño, y que los asegurasen algunos hombres robustos, y despues, con el escalpelo hacia en la ingle una llaga recta, que se suelen hacer en la Kelotomia; y buscando el processo del peritoneo, lo abría con el escalpelo, buscaba aquel lugar del saco, en donde los intestinos se contenian, quando causaban la hernia. Hallado, pues el saco, y compelido los intestinos al vientre, le tiraba con moderada violencia, y extrahía de la herida, y fuera de los musculos del abdomen quanto era posible, y con un torzal, ò hilo robusto, lo ligaba y apretaba dexando el torzal fuera, y pendiente, hasta que espontaneamente se caía, y la herida la deligaba como las demás. Un cierto Helvecio, llamado *Freytagio*, refiere la cura de *Sermesio*, pero con sola esta diferencia: que antes que la atase con el hilo, la perforaba con una aguja enhebrada con hilo, y finalmente la ligaba despues, para que la ligadura no se cayga facilmente, lo que muchas veces suele suceder (impreso en Argentina en 1721). *Guncio* llama à este methodo *Senfiano* (del Cirujano Senfio).

No obstante, si este methodo es tan bueno como estos lo ensalzan ,primero es necessario que se confirmen con la experiencia de los buenos Cirujanos. A lo menos es ciertísimo, que si sale bien, se debe anteponer à la vulgar, pues se conserva sano el testiculo, con las demás partes. Pero que las hernias no buelvan tan facilmente despues de practicado este methodo de curacion, que despues del methodo comun, en que se liga el saco, junto con los vasos espermaticos; esto à la verdad se ha de encomendar à la experiencia.

No pocos, por conservar el testiculo, no ligan el proceso, ni los vasos espermaticos, sino que suprimidos yà los intestinos, y el omento, escarifican el anillo, ò lugar de la procidencia, hasta tanto que se consiga una firme cicatriz..."⁷

Hernias mui Antiguas

"...En las hernias completas, y mui antiguas, el saco es duro y grueso, por cuya causa es necesario separar la mayor parte, evitando cortar el cordón espermático que le está adherente..."¹⁵

En las Mujeres

El tratamiento en las mujeres puede ser mas efectivo, como refiere **D.Diego Velasco** y **D.Francisco Villaverde**:

"...En las mugeres, si la hernia es seca, esto es, si no se ha encontrado serosidad alguna en el saco, se le hará la ligadura lo mas cerca del anillo, que sea posible, y por este medio se hallará cerrado, quando la ligadura caiga é impedirá la reincidencia de la hernia; pero en los hombres no se podría hacer semejante ligadura sin comprehender en ella con el saco los vasos espermáticos, contra los quales está exactamente pegado. Isto supuesto, será necesario contentarse con cortarle por los lados tanto como se pueda sin herir los vasos espermáticos..."¹⁵

Intentos de Reparación de las Hernias conservando el testículo y el cordón

Lassus nos dice:...El deseo de conservar el testículo hizo imaginar a *Roger y Roland*, Escritores del siglo trece, el cortar los tegumentos que cubren el anillo, pasando despues una aguja enhebrada de un torzal de seda por baxo del saco herniario, y ligarlo, poniendo en la ligadura misma un trozo de madera, á fin de apretar todos los dias esta ligadura, hasta que caiga una porcion del saco herniario.

Un cierto *Beraud de Metz*, fué el inventor del **punto dorado**: ataba el saco herniario con un hilo de oro que con unas tenazas rodeaba al mismo saco par cerrarlo bien, y dexando en la herida este hilo de metal, que segun él, **debía permanecer toda la vida**, hacia en seguida algunos puntos de sutura en los tegumentos.

Fabricio de Aquapendente sugirio la idea bizarra de estrechar el saco herniario, y de producir la **obliteracion** cosiendole en toda su longitud, haciendo la sutura de pellegeros, operacion que ha sido indicada por *Celso*..."¹⁴

Ineficacia de la Operacion para la Cura radical de la Hernia

Refiere **Lassus**: "...Está bien averiguado que aquellos que padecen la operacion, por la que se remedian los accidentes de la hernia estrangulada, **no han evitado la necesidad de llevar el braguero**, no obstante algunos Cirujanos se han engañado creyendo que curarian radicalmente una hernia, haciendo al que la padecen la misma operacion, que no se debe hacer sino quando el tumor heniarario se ha estrangulado...Es muy absurdo, que los individuos que no padecen mas que una indisposicion, que se remedia eficazmente por un vendage, se expongan á accidentes graves, y á menudo mortales..."¹⁴

Cauterizacion con un Hierro encendido

"...La cauterizacion de los tegumentos, del saco, y del hueso pubis , con un hierro encendido, ha sido practicada mucho tiempo, con el fin de obtener, despues de la caida de la escara, una cicatrizacion firme, que pueda cerrar el agujero que da paso á la hernia..."¹⁴

Fabricio Aquapendente describe muy bien el tratamiento de la hernia por cauterio, (propuesta por Paulo):

"...Más aprobada de los modernos...

...Agitar al paciente, y que con una tos violenta y extensión del cuerpo detenga el aliento, para que se levante el tumor de la ingle y se muestre cuán grande es.

Entonces con tinta se ha de señalar todo el tumor en figura triangular, y en lo alto de la basis ha de tener una línea transversal. Después mandaremos al enfermo

que se eche boca arriba, y lo primero aplicaremos el cauterio que llaman calvario por medio de la señal del triángulo, y luego cauterizaremos las líneas o cortes del triángulo con un hierro que tenga figura T.

En tercer lugar con un hierro lenticular iremos quemando todo el triángulo, esto es en el espacio de en medio, de modo que todo el pellexo y la pinguedo, y no el peritoneo sienta la fuerza del fuego: es á saber, quemando toda la tunica dilatada, no solo hasta los terminos de la dilatacion, sino tambien linea recta á lo largo por enmedio, porque esta se va arrugando, y apretando con el fuego, y al hazer la cicatriz se encallece: y desta suerte se recoge, y aprieta lo que esta dilatado: Y si esto se haze con atencion, y reparo, quedan casi enteras todas las cosas tocantes al semen, y a la elaboracion de su materia..."⁹

Cauterizacion con Causticos

Comenta **Lassus**: "La aplicacion de un hierro encendido era muy dolorosa, y amedentraba á los enfermos. Teodorico se contentaba con aplicar á los tegumentos un cáustico, que era preciso reysterar hasta que hubiese penetrado hasta el hueso. *Gui de Chauliac* se servia de una mezcla de xabon y cal viva: hecha la escara, la cortaba por medio, é introducía en la abertura un grano de arsenico, y otro de opio.

Unos han cortado los tegumentos, y han puesto unas gotas de aceyte de vitriolo en la herida.

Los otros han quemado los tegumentos mas profundamente con la piedra cáustica.

Este modo de curar las hernias por medio de los cáusticos, ha determinado siempre los accidentes mas graves, y algunas veces la muerte de los enfermos. No ha sido mas que un **manantial pecuniario** para los Empíricos que lo practicaban. Un enfermo padecio la corrosion del intestino por el aceyte de vitriolo. Otro murio á los trece dias con el escroto gangrenado, y una supuracion en el vientre. De nueve enfermos tratados en Paris en 1724 y 1725, por un charlatan Inglés, dice *Arnaud*, no

se logro la cura de alguno...¹⁴.

Samuel Sharp también es de esta opinion, o al menos dice: "...aunque muchas veces es favorable, **no corresponde al dolor, y enfado de estarse en la cama tanto tiempo...**" (el paciente debía permanecer en cama, con la hernia reducida hasta que cicatrizase)⁵.

Laurencio Heister explica la técnica con detalle: "...En Inglaterra, un Médico llamado *Juan Parvo*, publicó un methodo, que consiste en lo siguiente: Lo primero, se procura repeler los intestinos al vientre , y despues, aplicando un medicamento corrosivo, el **azeyte de vitriolo fortisimo**^{xvi}, y sobre el hueso pubis, en aquel lugar por donde salia los intestinos, aplicaba suficiente copia de el, para que en breve tiempo pudiese penetrar el cutis, porque quanto mas profunda excite la escara, mayor utilidad se puede esperar de ella, y por este motivo lo repetia por dos, ò tres días, (levantando antes la escara con el escalpelo) para que, corroyendose mas el cutis, pudiese penetrar mejor. Luego aplicaba encima un parche de iguales partes del emplasto de Paracelso, y de Oxierocio, afirmandolo con su cabezal, y faja; el qual no solo es suficiente para derribar la escara, sino tambien para curar la ulcera, segun asegura. Quando por suerte creciere la carne mas de lo necessario , aconseja que se toque con la **piedra infernal**^{xvii}. En el tiempo de la curacion observará el paciente suma quietud, y un exacto **victus ratio** hasta que la ulcera esté del todo aglutinada, y aun despues, porque quanto mas fortalecida se halle esta, tanto mayor es la seguridad de que desciendan los intestinos..."⁷

Tratamiento Caustico con jabón y cal

Alonso Romano, en 1665, describe: "...Aviendo subido primero los intestinos, y señalando primero el lugar de la rotura, ò relaxacion, estando el enfermo echado boca arriba, y la cabeça mas baxa que las asentaderas, y en aquel lugar de la cinta poner el caustico (Jabon con un poco de cal), bien fixo, y dexarlo veinticuatro horas,

^{xvi}.-Aceite de vitriolo: acido sulfúrico .

^{xvii}.- Piedra Infernal (Lapis Infernalis): Nitrato de plata cristalizado fundido. Es irritante, astringente, escarótico.

y mas; y si la costra no fuere firme tomarlo à retirar, estando siempre el enfermo en la cama de espaldas, hasta que la llaga se cicatrice...". Aconsejaba al mismo tiempo un medicamento oral."...La obra manual se queda para los hernistas..."²¹

Tratamiento del Epiplocele

Dice **Bernardo Vicente de Carcamo i Zeballos**: "...La primera diligencia que se debe hacer, es ver si se puede reducir el omento al vientre: y logrando esto, al punto, se hará la deligacion con la faxa. Pero si no se puede reducir, ni el enfermo està agravado de graves accidentes, entonces por cualquier medio debemos abstenernos de la operacion, procurando no agravar mas la enfermedad con la cura: y para evitar que se haga mayor el incremento á la ingele, se aplicará una faxa, adornada con una especie de pelota suave"¹⁵.

D. Geronimo de Ayala, citando a **Teodorico** ^{xviii}, refiere: "...Curase con medicamentos desecantes y astringentes, con el emplasto de pelle, arietina, con el de contrarotura, dos partes, y una de meliloto, y encima su ligadura..."⁶

No obstante **Samuel Sharp** en 1753, aconseja el braguero de saco:"...yo nunca pude hallar, que el recogerlo (el redaño) para adentro fuese de mucho alivio, porque

^{xviii}.-Debe referirse a **Teodorico Borgognoni de Lucca**, siglo XIII, que siguió los pasos de su padre **Hugo Borgognoni de Lucca**. **Teodorico** fue obispo de **Cervia**. Fueron muy relevantes sus códices de *Chirurgia*.

el redaño queda con molestia rebuelto,....viendo el poco peligro y dolor , que hay en esta casta de hernia. aconsejo un braguero de saco, ò bolsa para suspender el escroto, y tal vez evitar el aumento del tumor..."⁵

HERNIA DE LA VEXIGA, Ò CYSTOCELE

"...Algunas veces suele suceder, que los que padecen retencion, ò dificultad de orinar: en las mugeres preñadas, tambien por otras causas. **porrumpe la vexiga por los anillos de los musculos**, y no rara vez es **impelida hasta el escroto**. Esta se conoce en la molidie, ò blandura del tumor, y en el frecuente estimulo, y dificultad en orinar, y que la elevacion del tumor se disminuye haciendo una blanda compresion, ò que quando hay fortuna de que salga la orina, llega à minorarse mucho. Por la mayor parte **carece de saco**, porque no està dentro del peritoneo.

Heister nos dice: "La curacion, **que la vexiga requiere quando està prolapsa es la misma que se practica en refundir los intestinos**, procurando de tenerla dentro con la **faxa**"⁷.

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGIA

Juan de Vigo nos expone sus limitaciones:"...Que esta cura no se debe hazer en los que tienen fuerte tös. ni en los convalecientes, ni en los hombres de muchos años, mayormente en los que pasan de quarenta años, ni en tiempo de frio, ni de grande calor, ni tampoco se debe hazer esta cura, sin que primero no se manifieste el pronostico de grande peligro à los estantes, y parientes. Luego esta cura se ha de hazer en el Verano ò en el Otoño..."¹¹.

Y Heister refiere: "...Quando los intestino estàn caidos, juntos, ò adheridos con otras partes, dificultosisimo, y muy dudoso suele ser el conseguir la curacion por el escalpelo, porque los intestinos apenas se pueden refundir en el vientre, sin que con el escalpelo se corten las partes à que estàn adheridos, y mayormente en la hernia femoral, quando los intestinos estàn juntos à la vena, ò arteria crurales..."

"...Tambien se dàn casos en que la hernia no està encarcerada, sino que el anillo del abdomen està yà tan dilatado, que no oprime los intestino, y por esto mismo no se puede reducir. En estos no se puede dar à los enfermos ningun alivio con la ligadura, y por el contrario se seguiria inflamacion; ni se puede persuadir que la seccion se haga con felicidad. He mandado á los enfermos, aquellas ligaduras que puedan suspender, ò sostener estas hernias. para que no se hagan muy molestas con el peso, y que en algun modo impidan mayor prolapsion..."⁷.

Cuano hay gangrena, estaba contraindicado dilatar el anillo, para evitar que el intestino gangrenado, y la fistula se introduzca en el peritoneo¹⁸.

HERNIAS INCARCERADAS

CLINICA

Laurencio Heister: "...Las hernias que **nacen de repente**, ò estàn **encarceradas**, las acompañan las señales siguientes: Tumor externo, con insigne dureza, dolor, rubor, è **inflamacion**; el enfermo siente intensisimos dolores **interior**, y exteriormente, acompañado de grave calor, y fiebre. Despues sobrevienen **vomitos muy pertinaces**, lanzando en el principio los **alimentos** contenidos, y despues los **excrementos** por la misma boca; todo lo qual angustia mucho al paciente, le debilita, postra el animo, y poco à poco empieza sudor frio, que haciendose universal, enfria todo el cuerpo, hasta que miseramente le acaba la vida, si con tiempo no se le socorre.

Quando la hernia se concitò de repente, ò que yà llega à estar encarcerada, si los intestinos no se reponen en tiempo oportuno, entonces por lo regular, al segundo, ò tercero dia, luego sobreviene gravisima inflamacion, que por lo mas consume à los hombres con gran celeridad. Para evitar este terrible daño, es necesario el acudirle con muy prompto auxilio; y si se vè que con los medicamentos convenientes no quiere ceder, y que los symptomas van creciendo con vehemencia, y que yà **ha pasado 24 horas** que los intestinos estan prolapsos, entonces parece que es necesario **instituir la operacion**. Pero quando yà estèn postradas la mayor parte de las fuerzas, è igualmente exhaustas; y si en el tumor se manifiestan **manchas rubras**, ò **negras**, estas sin duda indican el **esphacelo**; y si sobreviene sudor frio, llegando à enfriarse todo el cuerpo, entonces por la mayor parte muere el enfermo dentro de muy pocas horas. En este caso, pues no solo serà frustrante el quererle socorrer con la mano Medica, sino que mayormente se puede temer, que estando en tal peligro los hombres espiren en el mismo acto de la operacion , y que tal vez atribuyan à ella la muerte, causandola el que ya por lo regular estèn esphacelados los intestinos. Pero à la verdad, quando los males sobredichos no son tan grave, que no urgen nimiamente, y que el enfermo se conserva àun con bastantes fuerzas, entonces se puede alargar mas el tiempo de la curacion, antes de llegar al **escalpelo**.

Siempre que el omento estè juntamente prolapso con los intestinos, se hallan los

pacientes en menor peligro. No obstante, tambien solo el omento prolapso, concita algunas veces los symptomas de hernia encarcerada.

Quando el tumor trueca su color rubro, ò que su dureza se disminuye, ò conmuta en blandura, y negrura, ò que se demuestran manchas rubras, libidas, ò negras, y que al mismo tiempo se va disminuyendo el sentido, y que de continuo molestan al paciente los vomitos, y fiebre; que los pulso està debiles, los ojos turbados, como con un velo en las corneas, entonces de todos estos indicios se puede colegir, que el esphacelo tiene ya ocupados los intestinos. Que la inflamacion ha pasado yà à las partes interiores, se puede congeturar de que el vientre se ensancha, y el ombligo se eleva; quando esto sucede, muy poca esperanza de vida nos queda...

...En el caso inflamatorio, la rubicundez del cutis, la sensibilidad del tumor, la tension, y el dolor del vientre, la calentura, y los accidentes que vienen del curso interrumpido de las materias que deben correr por el canal intestinal...el tumor comunmente es muy pequeño, pero la inflamacion es viva y la gangrena sobreviene al segundo , ò tercero dia, lo que se reconoce por la remision de los accidentes mas violentos..."?

PRONÓSTICOS DE LAS HERNIAS EXTRANGULADAS

Dice **Juan de Vigo**: "...Se han visto hernias estrangulads causar la muerte á las veinte y quatro ó treinta horas; en algunos se prolonga esta enfermedad hasta los diez, y aun hasta los quince dias. Esta diferencia depende de la edad del sugeto, de la naturaleza de la hernia, de la causa, y especie de extrangulacion:

Si se escapa en un esfuerzo una porcion de intestino súbitamente por el anillo, que hasta entonces no habia padecido alguna violencia, ni dilatacion; el intestino salido se estrangula por si mismo, tanto mas fuerte, quanto mas jóven y robusto es el sugeto, y que el anillo goza de toda su elasticidad. Esta es la **extrangulacion inflamatoria**.

Pero al contrario, quando el anillo es muy dilatado porque la hernia es antigua, y voluminosa, que ha sido reducida algunas veces, y mal contenida, quando el paciente es viejo, debilitado, y que el obstáculo á la reduccion depende del ayre y de las materias estercorosas acumuladas en la porcion del intestino, que forma la hernia, la extrangulacion no es tan considerable, el tumor es poco doloroso, el vientre mas inflado que tenso, los vómitos raros y pequeños. Una constipacion de algunos dias, el uso de comidas indigestas y farinaceas, es ordinariamente la causa, se la da el nombre de **extrangulacion por obstruccion de materias**, y puede subsistir por muchos dias, sin exponer la vida al enfermo..."¹¹.

TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INCARCERADAS

Laurencio Heister refiere:

Quando se considera que los intestinos prolapsos se pueden refundir comodamente:

Aconseja el tratamiento por taxis, y ligadura.

"Quando los intestinos no se pueden reponer:

Quando la hernia està ya interceptada, ò encarcerada entre los anillos de los musculos del abdomen, ò en la parte superior de ellos, se observan dolores agudisimos, y los intestinos no se pueden reponer comodamente; en cuyo caso, para que la inflamacion no concrezca con el saco, no ay otro remedio, sino es que sea dilatado con el hierro el orificio por donde salieron. Esto se debe intentar por los prudentes Medicos, primero con los remedios blandos, antes de llegar à una operacion tan dolorifica, y tan peligrosa"

Preparación

"...Por muy util se tiene en estos casos el hacer y repetir algunas sangrias, y en la parte que està dolorida se aplicaran algunos aceytes, unguentos, y cataplasmas, preparadas con emolientes, y resolutivos, cocidos con vinagre, y mayormente si el mal se concitò por estar endurecidas las hezes; y algunos clysteres, ò lavativas, hasta que el foramen , è intestinos se ablanden, para que puedan propelerse al abdomen.

Comodisimo es para esta curacion el modo siguiente: Haviendo orinado primero el paciente, se colocará boca arriba, y la cabeza algo baxa, las nalgas algo elevadas, y el muslo del lado del dolor algo levantado, y doblado, y entonces se aplicará los dedos sobre el tumor, casi en circulo, agitando levemente àzia el hueso ileo, hasta que se impelan los intestinos à su propio asiento. Conseguido ya esto, se hará que un ministro aplique su mano diligentisimamente sobre el foramen por donde

entraron los intestinos. Despues se aplicará un parche glutinoso, y un cabezal grueso, en forma triangular; todo ello se asegura con una faja idonea, com la que llaman *spicam inguinis*, ò con una ligadura de cuero , que conserven (y mas los de edad grande), por todos los dias, y aun noches de su vida.

Quando por este medio no se puede reducir los intestinos, entonces que se procuren mover, ò forzar con un *clyster de humo de tabaco*, introduciendolo por el ano (con una peculiar machina). Con este subsidio he librado felizmente à muchos sugetos, sin que me aya sido preciso llegar à usar el escalpelo.

Claudio establece, que los intestinos prolapsos se reponen comodisimamente, si se aplican con gran frecuencia sobre el tumor unos paños mojados con agua fria, embolviendolo con ellos; quando el mal es reciente no lo considero inutil"⁷.

CURACION POR EL ESCALPELO

El tiempo en que es necesario hacer esta operación

Diego Velasco y Francisco Villaverde refiere: "...no se puede determinar. Si por egemplo, es el intestino solo quien forma la hernia, no se deberá perder tiempo en practicarla, pues de lo contrario el intestino podrá gangrenarse, pues se ha visto mortificado y á las 48 horas de estrangulación; pero quando el intestino está acompañado de *epiploon*, se podrá aguardar algo más; porque entonces el intestino se halla defendido, y los accidentes no son tan graves..."¹⁵

Exposición de la Tecnica de Varios Autores

Laurencio Heister

"Quando de ningun modo se puede reponer los intestinos prolapsos, y que el tumor yà està endurecido, acompañado de grande inflamacion, y dolor, y que al mismo tiempo se advierte que vomita el estiercol en grande cantidad; entonces se instituye la operacion por el escalpelo; porque, aunque esta es dificultosa, y llena de peligros, con todo eso, siendo tanta la necesidad, serà bien en usarla, antes que el enfermo se debilite mas, ò se corrompan los intestinos, y que la dudosa esperanza

que ay aùn de la vida, se trueque, y convierta en un peligro ciertísimo de ella.

Quando igualmente consienten el enfermo, y sus amigos, sometiendo al escalpelo, y aùn serà mejor si ellos lo piden; entonces yà es indispensable el llegar à la operacion; y la primera diligencia serà hacer que orine el paciente, porque estando estendida la vegiga, no impida el regreso à los intestinos, ò se ofendan con el escalpelo. Hecho esta diligencia, se colocará boca arriba sobre una mesa, ò en el lado de una cama, y si huviere pelos en el pubis, se raeràn; la cabeza se pondrà algo baxa, y los muslos, y ancas levantadas, asegurandola con robustos ministros: El muslo del lado malo debe estàr levantado, porque el cutis no se estire mucho. Luego asirá el Medico con una mano el cutis, y pinguedo juntamente de una parte del tumor, levantandolo àzia arriba, y lo propio hará un ministro de la otra parte de tumor mismo: y por en medio de las dos manos, y en medio del tumor, se hará una incision con el escalpelo, y despues se alargará esta àzia arriba, y àzia abaxo, quanto se considere necesario. Si no se puede levantar el cutis, entonces, comprehendiendo el Cirujano el tumor con el dedo police, y medio de la mano izquierda, y suspendiendole muy cuidadosamente, meterà entre ellos mismos con gran cautela el escalpelo, y hará una incision recta àzia abaxo; debe ser muy leve, porque en hernias reciente encarceradas està el saco muy delgadísimo. Cortado ya el cutis, se meterá un especilo sulcado entre el mismo, y el tumor, y asegurando en la canal un escalpelo, ò tixera, se dilatarà la llaga àzia arriba, y àzia abaxo; despues se pondran en cada labio, uno, ò dos anzuelos obtusos, para que ensanchandolos se pueda precaver mejor la lesion de los intestinos; y luego, con el especilo, espátula, manubrio del escalpelo, ò la misma uña de los dedos, se dividirá la tunica de la celulosa, ò de la pinguedo, poco à poco sus lamelas ò membranillas, porque suele suceder que esta tiene embueltos en si, ò los intestinos, ò el peritoneo dilatado, a lo que comunmente suelen llamar saculo.

Serà muy conveniente el levantar el saculo, asiendole con los dedos police, è indice de la mano izquierda, y despues, aplicando cautelosamente un escalpelo, ò tixera, se hará una pequeña solucion, en quanto llegue a perforarse muy ligeramente. Quando el saculo es sumamente craso, que ni se puede abrir, ni levantarse, se irá disecando sus laminillas con un especilo muy delgado, hasta que del todo llegue à perforarse. Hecho esto, aunque el Cirujano vea salir alguna porcion de suero, ò agua,

no debe aterrarse; ò aunque acaso se haya herido algo algun intestino, porque casi siempre se suele encontrar este liquor acqueo; sino que tomando unas tixeras de puntas obtusas, ò un escalpelo, se introducirà sobre una tiente sulcada, ò tambien puede servir un escalpelo construido con un globulito en la punta (Tabla V; fig. 3, 4 y 5), que segun Garengeot es mas à proposito, ò bien se cortará esta tunica metiendo un dedo en la herida, y sobre èl la tijera, ò escalpelo. Si acaeciére que en la incision, se rompiese algun vaso sanguineo, y que derrama tanta sangre que impide al cirujano que obre libremente, entonces se mandará à un ministro, que lo comprima con los dedos, ò algun cabezal, ò enlazandolo con aguja, è hilo, constringiendolo bien, y se limpiará con una esponja, ò paños suaves. Hecho esto ya, lo primero que se sigue es, el compeler los intestinos, si estuvieren sanos, por los anillos del abdomen, comprimiendolos blandamente con los dedos. Si por suerte se hallaren los intestinos con replecion de hezes, ò flato, que impiden la reposicion, será muy util el repelerlos primero , muy blandamente. Si este medio no fuere suficiente para reponerlos, se procura ampliar con el escalpelo. Pero si nada de ello fuere bastante, con el especilo sulcado, y el escalpelo, se hará incision è se abrirà quanto sea bastante para hacer la reposicion, especialmente en el anillo: pero que no se estienda àzia la parte anterior, esto es, àzia la linea alba, porque no se hiera la arteria epigástrica, que corre a su lado, porque sobrevendrá grave efusion de sangre.

Si las partes prolapsas se hallaran adherentes con el saco, (como las mas veces sucede con las hernias antiguas) se procura separar con los dedos, especilo, ò escalpelo; y si no se pueden separar sin peligro, entonces se dexará, como acontece muchas veces en las hernias antiguas.

El instrumento propio para dilatar el anillo, son las herramientas ya indicadas, pero para que los intestinos estén mejor defendidos, será muy bueno escoger aquel especilo en forma de corazon (Tabla XXIV, fig. 8), ò el escalpelo de Morando (fig. 9), ò el de Dranio (Tabla XXIV, fig. 10), que están escondidos en la caja, a modo de especiolito cabo. Fue muy encomendado un escalpelo oculto en una caja, y se muestra en la Tab. 25, fig. 1 y 2: se encuentra escondido en la caja C. y despues de haverle metido en el lugar de la procidencia, se aprieta con el pollice la lamina B y entonces se levanta y sale de la caja. En la fig. 2 la letra A demuestra la `parte que corta el

lugar donde està la procidencia; esto es, ò los anillos de los musculos del abdomen, ò la parte superior del saculo que ahogaba, y comprimia los intestinos. Pero porque à la verdad es muy facil de que con èl se puedan herir, las partes internas, (porque su punta es la que primero se pone en accion) y por ello se tiene por mejores los primeros. Y si por acaso estuvieren los intestinos insignemente lubricados, ò blandos y que està del todo baxos quando ampliamos el foramen del abdomen, serà à bien el poner delante de ellos, ò el especilo simple sulcado, ò bien el escalpelo de **Morando** (Tab. XXIV, fig. 9). Tambien el instrumento que se muestra en la Tab. XXV fig. 2 el qual tiene una lamina cerca de su fin, designada con la letra D, y tambien el **especilo** de **Petit** (Tab. XXIV, fig. 8)...".

D.Diego Velasco y Francisco Villaverde

"...En la enterocele, que no se puede reducir por la taxis, la mortificación es lo que más se debe temer, y así es necesario hacer quanto antes la operación sangrienta, que consiste en dilatar los tegumentos y saco herniario, y hacer una incisión al anillo, y á la entrada de dicho saco, porque los dos juntos ó separados son los que ponen el obstáculo á la reducción.

En las hernias en quienes el anillo no está estrechado ni inflamado; pero contienen excrementos duros, cuya detención sola causa los accidentes, se puede diferir la operación algunos dias, porque en éstas los accidentes son medianos, y se suele lograr al cabo de algún tiempo la reducción por la taxis: por consiguiente el Cirujano debe obrar prudentemente según las circunstancias, esto es combinando la edad, y fuerzas del enfermo, la naturaleza del tumor, y modo en que se ha formado su volumen, y la gravedad de los accidentes, á fin de juzgar si se puede temer la gangrena difiriendo la operación: pues aunque es verdad que se han curado algunos enfermos, en quienes se habia hallado el intestino gangrenado, estos caso no deben autorizarnos, para exponer a los enfermos á semejante peligro.

La dieta y las sangrias sirven de preparación.

Se pondrá al enfermo en la misma situación que para hacer la reducción por la taxis, se le quitará el vello de la parte, y se le doblará un poco el muslo del lado

enfermo, á fin de relajar los tegumentos.

Después el Cirujano cogerá con el índice, y el pulgar de la mano izquierda los tegumentos del tumor, y hará que un ayudante haga lo mismo del otro lado; levantando uno y otro los tegumentos, el Cirujano los cortará en medio del tumor con un bisturí recto, dirigiendo la incisión de modo que se incline desde el anillo ásta el escroto. Se aumentará la abertura arriba, y abajo con el bisturí, conducido sobre la sonda acanalada, hasta una pulgada por encima del anillo, y por debajo del tumor; pero si la hernia es completa, la dilatación inferior debe llegar a la extremidad del escroto.

Hecho esto, se dislacerán ó cortarán con un bisturí conducido sobre una sonda acanalada las porciones membranosas que se encuentren hasta el saco herniario. Algunas veces se halla bajo los tegumentos una vena bastante gruesa, cuya rotura no se puede evitar; en este caso se le harán dos ligaduras.

Quando la hernia es reciente, se debe ir con mucho cuidado hasta llegar al saco herniario; porque como éste forma una especie de bolsa mui delgado, se puede abrir sin querer, y herir al mismo tiempo el intestino, ó bien hacer creer que se halla descubierto: para no engañarse sobre esto, es necesario hacer atención que el color del saco es mucho más blanco, y su superficie menos lisa que la de los intestinos. En las hernias antiguas la dureza del saco, y su color, que es aún mucho más blanco, no permite el engañarse.

Se pellizca con los dedos solo la pared del saco, y se hará con la punta de unas tingeras una abertura suficiente para introducir la sonda acanalada. Si ésto no se puede hacer, como sucede quando dicho saco se ha vuelto duro, y grueso por su antigüedad, en este caso se introducirá el extremo de una sonda acanalada bien puntiaguda entre las hojas membranosas que lo componen, y cortándola con un bisturí unas después de otras, se adelgaza poco á poco hasta que finalmente se abre.

Se conocerá que el saco se abre en un poco de serosidad que sale ordinariamente: después con la ayuda de la sonda se dilatará hasta su parte superior, é introduciendo el dedo hasta su parte inferior, se conducirá sobre él unas tingeras, con las cuales se acabará de hacer la dilatación.

En algunos entero-epiploceles, se encuentra que el epiplon embuelve el

intestino; se conocerá que el intestino está descubierto en su superficie lisa, en su color, en una pequeña mucosidad que lo cubre, y algunas veces en un ligero olor cadaveroso, que despidе de sí, particularmente si ha padecido algún tiempo.

Es necesario observar con el dedo si el saco está bastante dilatado en su parte superior: si no lo estubiese, se acabará de abrir con un bisturí conducido sobre el dedo; y como no es menester de ensanchar el anillo sin necesidad, se intentará antes de dilatarle la reducción, para lo qual el Cirujano procurará tirar ácia fuera el intestino, para hacer salir del vientre mayor cantidad de él: después meneandolo suavemente para extender las materias, procurará hacer la reducción, pero si no pudiese lograrlo, entonces dilatará el anillo del modo siguiente.

Se introducirá la sonda acanalada por la abertura del saco dentro del vientre, y después apoyado su canal contra la parte anterior del saco, se moverá un poco para no coger entre las dos alguna porción de intestino: entonces teniendo la sonda de modo que lo exterior de los dedos cubra el intestino, se conducirá un bisturí recto a lo largo del canal de la sonda hasta el anillo, y empujando á un mismo tiempo la sonda, y el bisturí, se hará a la entrada del saco, y del anillo una incisión de quatro líneas á lo más, retirando del mismo modo los dos instrumentos juntos.

Esta incision se hace mucho mas facil por el bisturí herniario inventado por Mr. Le Dran. (Tabla 24 de Heister, fig.10-11).

Algunos autores encargan el evitar la abertura de la arteria epigástrica al hacer la dilatación del anillo: pero este accidente no es de temer, supuesto que pasa por detrás.

Si al tiempo de hacer la dilatación se abre algun ramo de arteria que dé sangre, se procurará reducir el intestino, y después se detendrá la hemorragia, aplicando sobre el vaso abierto una compresa pequeña, estrecha y larga de cinco á seis pulgadas, embebida en agua aluminosa, teniendola apoyada con el dedo indice cerca de medio quarto de hora; y quando se quite el dedo, se sujetará la compresa con un lechino atado.

Habiendo hecho la dilatacion del anillo, y de la entrada del saco, se introducirá el dedo , á fin de reconocer si la dilatacion es suficiente; y si no lo fuese se cortará lo necesario para facilitar la reduccion: sin embargo de estas precauciones, no

siempre se reduce facilmente el intestino, porque éste puede haberse adherido al peritoneo dentro del vientre en la circunferencia del anillo, del mismo modo que en lo interior del saco herniario. Si la adherencia es muy antigua, como sucede en las hernias que no se han mantenido reducidas, no podrá despegarla el Cirujano, sin exponerse á herir el intestino: en este caso es mucho mas prudente dejarle fuera, particularmente si es el intestino, ó la vejiga; porque dichas partes están ya acostumbradas á ejercer en aquel sitio sus funciones del mismo modo que si estuviesen en el vientre; pero quando esto suceda, es necesario dilatar mas el anillo, para que (no obstante la estrechez que se hará por la cicatriz) quede bastante abierto, y no comprima el intestino: Si las adherencias son recientes, se despega facilmente con el dedo, y sin el socorro del bisturí.

Si el intestino está sano, es necesario reducirlo prontamente. Sucede algunas veces, particularmente en los sujetos muy obesos, que no obstante la suficiente dilatación del anillo, cuesta mucho trabajo reducir el intestino que vuelve á salir cada vez que se introduce: en este caso el único remedio es situar el enfermo de modo que el pecho esté mucho mas bajo que el vientre, en cuya situacion todas las partes contenidas caen por su propio peso ácia el diafragma, y haciendo lugar a las que deben entrar, facilitan la reduccion.

Si el intestino está simplemente inflamado, se reducirá prontamente: porque el calor del vientre será para él el mejor de todos los topicos.

Si por casualidad el Cirujano lo ha herido, y abierto al tiempo de la operacion, y no ha contrahido alguna adherencia por encima del anillo, que le pueda fijar, é impedir su entrada en el vientre, será necesario hacerle la sutura en asa con las mismas precauciones.

Si se hallase el intestino tan mudado de color, que se tema la mortificacion proxima, no se debe reducir de modo alguno..."¹⁵

Lassus:

"...Incisión del Anillo

Quando una hernia no ha podido reducirse por los medios indicados, es preciso dilatar la abertura para reducir las partes á sus sitio natural. Quando el tumor es retinente, doloroso, inflamado, quando, tocando el anillo, se conoce que las partes que le atraviesan sufren una fuerte extrangulacion, debe hacerse la operacion sin tardanza...

...Poniendo baxo las nalgas una almohada cubierta con un paño, para que las caderas estén mas altas...

...es necesario que el pliegue de los tegumentos se haga en la parte superior del tumor, para que la incisión se extienda por cima del anillo inguinal. La direccion de esta incision debe ser invariablemente la misma, y corresponder al punto de la extrangulacion...

..La operacion de abrir el saco se hace mejor con tijeras, que con sonda acanalada y bisturí, al contrario que para cortar el anillo, lo cual se hace si no se reduce tras la apertura del saco...

...Si la punta del bisturí es abotonada se introduce mal, basta con que sea obtusa...

....Que corte oblicuamente tres ó quatro líneas del pilar anterior del lado de la linea alba, para evitar abrir la arteria epigástrica....

....Quitando las adherencias del anillo...

....lavatibas y laxantes...No he recomendado el uso de los instrumentos inventados por *Morand, Arnaud, Le Dran*; porque estoy persuadido que una sonda acanalada y un bisturi bastan...

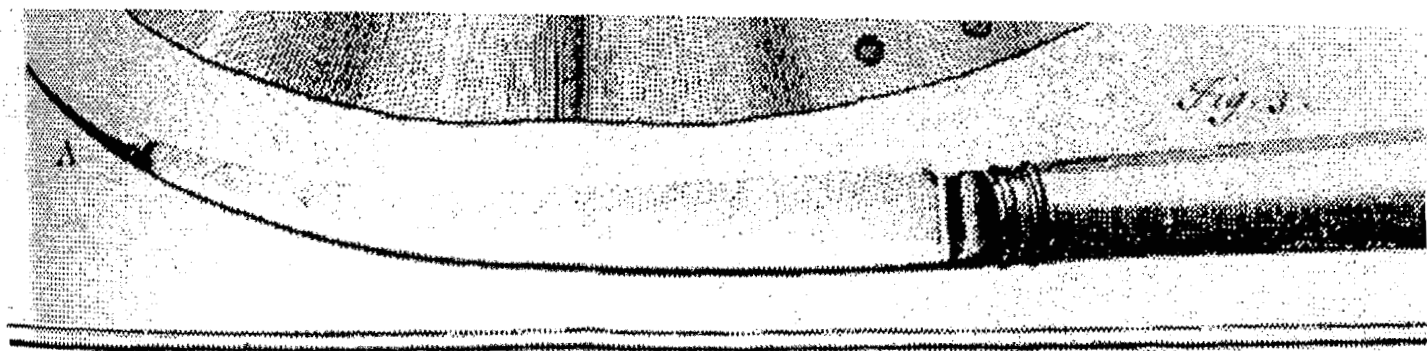
...Un Cirujano de Orleans ha pensado que era mejor dilatar el anillo con un instrumento dilatador, que hacer la dilatacion; la incision de este anillo ó del anillo crural no es peligrosa, y es indispensable quando la hernia es de un volumen considerable, y quando la extrangulacion está en el anillo.

No proceder á la reduccion del intestino, después de la incision del anillo, sin haber sacado fuera un poco la parte del intestino salido, para examinar la naturaleza de la impresion que se haya hecho en la parte que ha padecido la extrangulacion. Si la continuidad del canal está interrumpida totalmente por obliteracion, si las materias no pueden pasar, se debe cortar con tixeras toda la porcion viciada; se

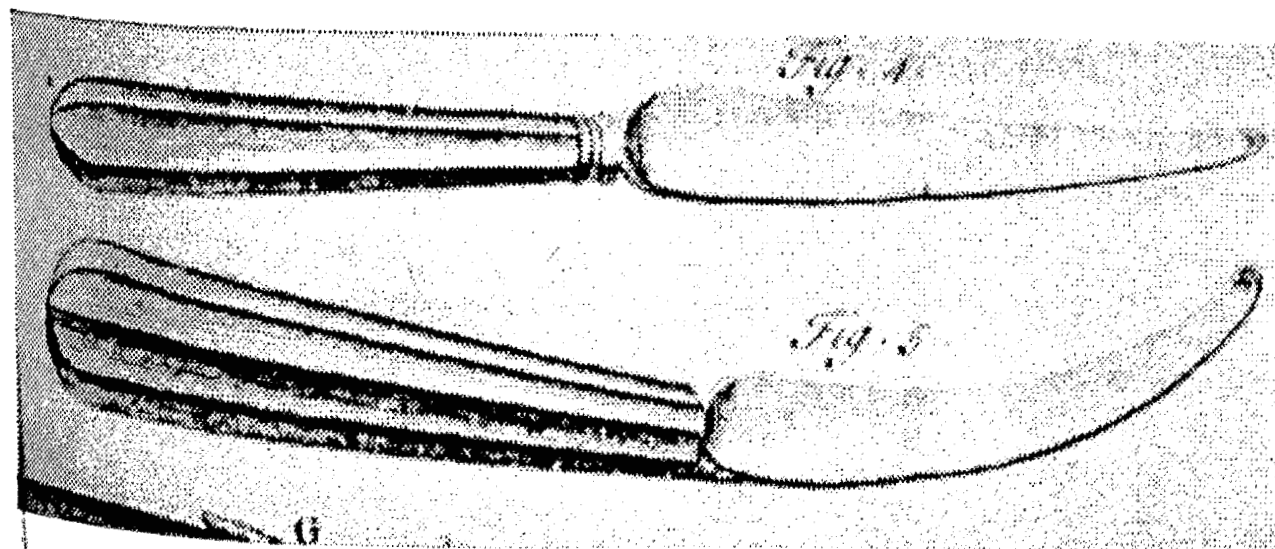
restablecerá en seguida la continuidad segun la operacion de *Ramdhor*..."¹⁴.

En las hernias voluminosas, y antiguas aconseja, con **Sharp**, no operar á menos que haya estrangulacion: es laboriosa, con poco éxito, y puede ser mortal.¹⁴

BISTURIES PARA HERNIOTOMIA

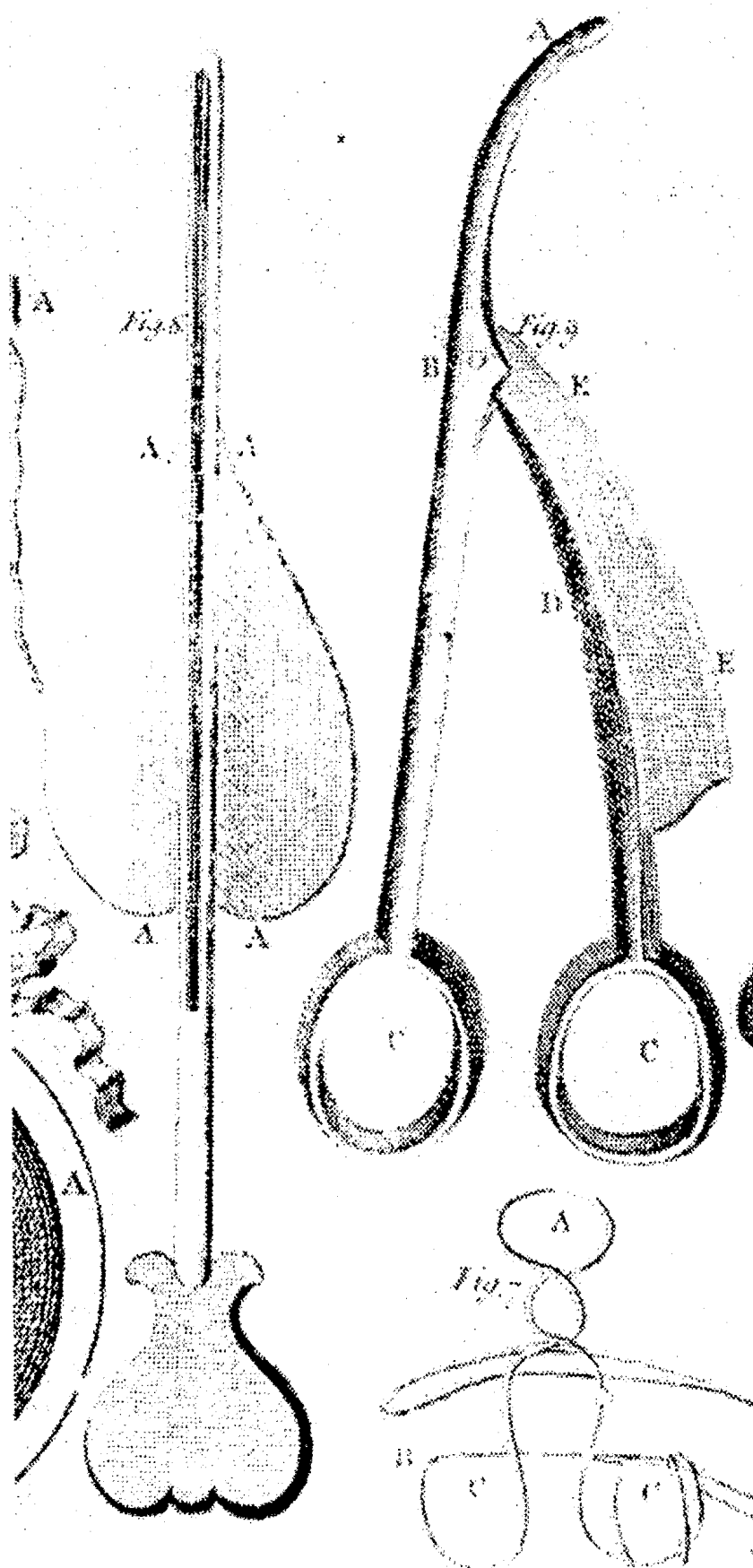


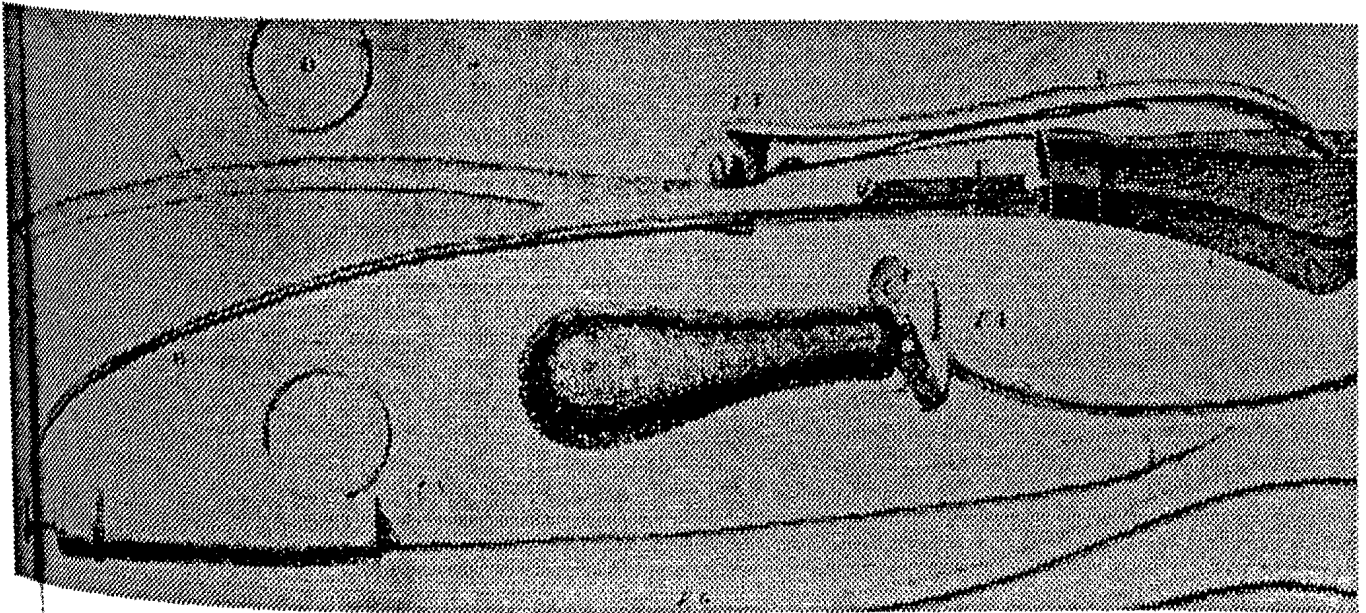
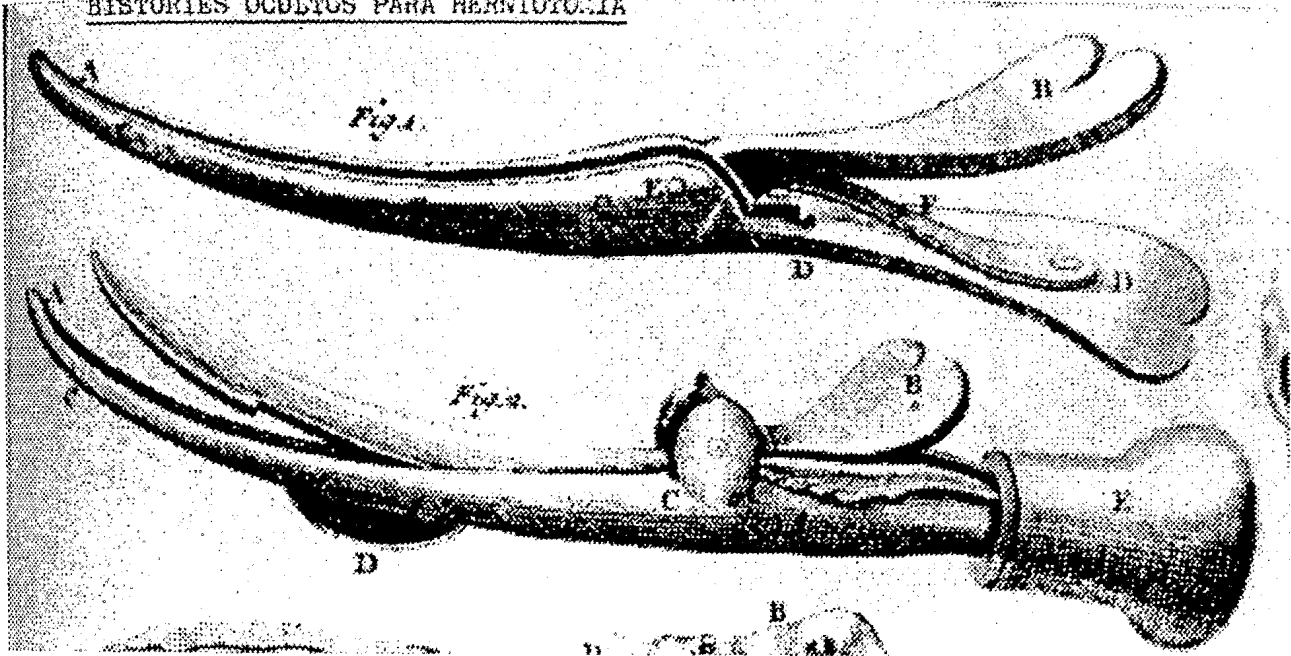
Escalpelos recomendados por Garengeot; tienen un globulito protector en la punta.

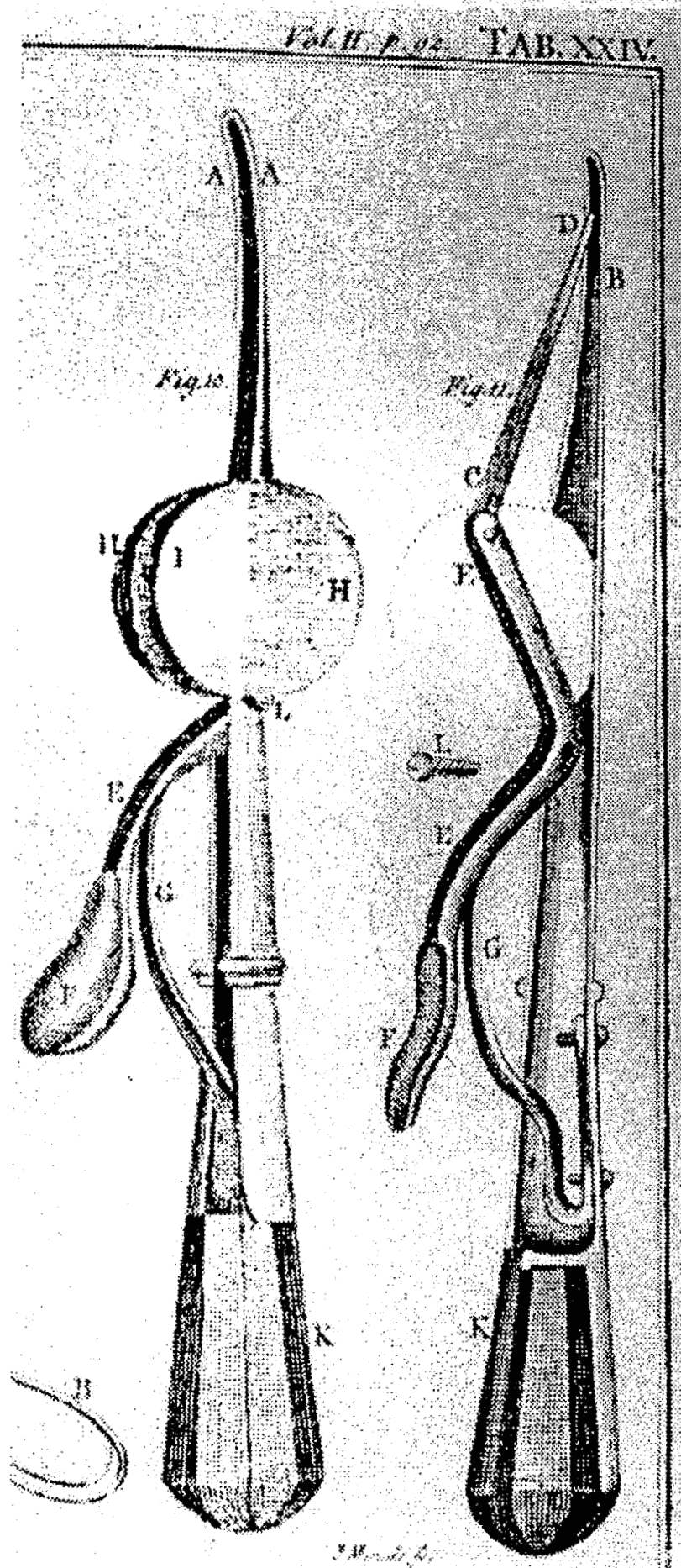


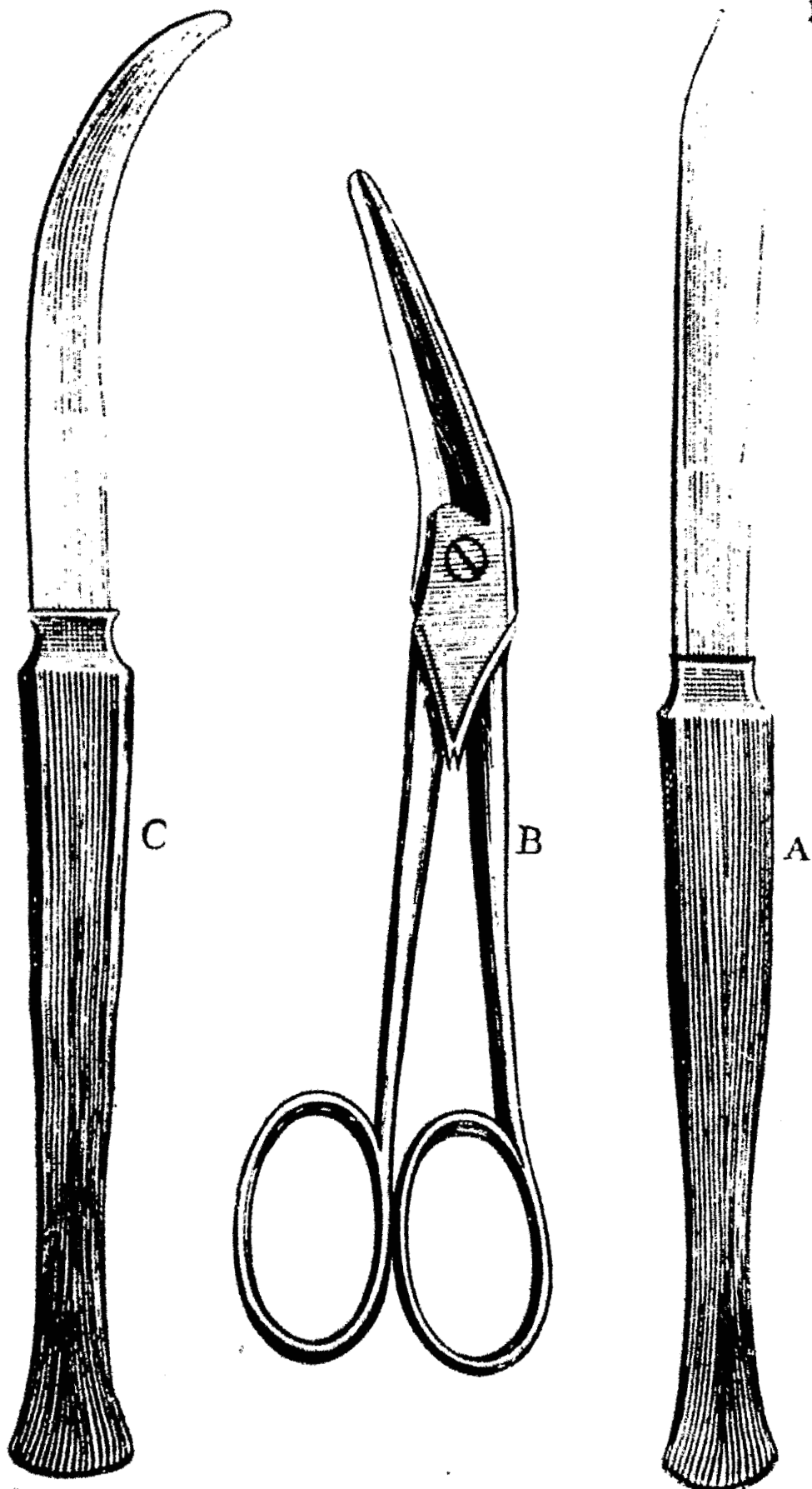
Especilo en forma de corazón

Escalpelo de Morando









B: tijeras de tienza, para las herniotomias.

C: bisturí cuvo de extremo romo para las herniotomias.

(Estampa II. Sharp)

CUIDADOS POSOPERATORIOS EN LAS HERNIAS EXTRANGULADAS

D. Diego Velasco y Francisco Villaverde refieren: "...No basta solamente haber hecho la operación, y curado la herida; es necesario tambien pensar en corregir los accidentes, que habiendo precedido la operación, pueden aún subsistir; y aunque es verdad que la estrangulación, donde residia su origen, no subsiste, no siempre en estos casos suele cesar el efecto después de haber quitado la causa; pues muchas veces se ha visto el **intestino inflamado** en una grande extensión, y el **mesenterio** (por la dilatación de sus vasos) tres ó quatro veces mas gruesos que en su estado natural.

Es necesario corregir dicha inflamación por medio de las **sangrias**, reiteradas; por las **embrocaciones**^{xix}, y **fomentaciones emolientes** puestas sobre el vientre: por las **ayudas emolientes, resolutivas ó carminativas**, segun la indicacion; por las **bebidas atemperantes**^{xx} mas ó menos abundantes, si el vómito lo permite; pues por la reducción del intestino se ha vuelto al canal el libre paso para la excreción de las materias.

Quando los accidentes han cesado enteramente despues de la reduccion del intestino, la curación de la enfermedad no pide otra atencion, ni otro regimen, sino lo que se dixio en las heridas del vientre; pero en caso que el **intestino gangrenado** haya quedado fuera, su presencia puede pedir algunas atenciones particulares, sea por causa de la misma gangrena, ó de las materias que salen: y asi, es necesario **no dár al enfermo sino mui poco alimento cada vez**, á fin que digiriendole mejor, pueda entrar el chilo facilmente en las venas lacteas antes de llegar á la abertura del intestino que está en la ulcera, y como las materias que vienen de él son siempre acres, y escorían los tegumentos en la circunferencia de la ulcera, será bueno para evitar este inconveniente, untarla exteriormente con un poco de **pomada**, y aun cubrirla de **emplasto de cerusa**, á que los tegumentos no se inflamen, irriten ni escoríen..."¹⁵

^{xix}. - Embrocacion: medicamento líquido de uso externo.

^{xx}. - Bebidas atemperantes: Las que rebajan la temperatura del cuerpo patologicamente elevada.

OTRAS VIAS DE CURACION

"...El que no se abra el saco, ni à mi, ni à otros excelentes Cirujanos, no nos satisface. Lo 1 porque aquel saculo, las mas veces, està tan asidos los vasos espermaticos, que se pueden ofender si queremos separarlos. 2. que si los intestinos ò el omento caidos està corruptos, ni se puede conocer, ni aplicar el auxilio conveniente.⁷

Controversias Sobre La Reducción sin Abrir el Saco

D. Francisco Xavier Cascarón añade:

"...Como dize el Sr. *Luis*: "...el enfermo se situa transversalmente á la orilla de la cama, y el operador se ha de poner sentado en una silla, entre las dos piernas del enfermo...

...un ayudante pellizca el cutis del escroto transversalmente enfrente del anillo, el operador hace lo mismo a dos dedos de su ayudante, de modo, que el anillo, y la parte mas elevada del tumor estén baxo del espacio que se halla entre las dos manos, y levantando quanto sea posible el cutis hasta que forme un pliegue, el operador con un bisturí recto corta enmedio el cutis pellizado, lo mas cerca que le es posible del tumor sin interesarle, despues se dexa caer el tegumento sobre el tumor, y se vé una herida larga de tres ó quatro dedos, que descubre las membranas comunes á la hernia, á el cordon spermatico, y á el testiculo, las que es necesario cortar con la misma direccion que lo ha sido el cutis: para esto el Sr. Petit se sirve de una sonda sulcada, que se introduce debaxo de las hojas membranosas hasta enfrente del anillo, despues con un bisturí recto guiado, por la renura de la sonda, se corta todo lo que hay de esta membrana sobre la sonda hasta el angulo superior de la herida, y se hace lo mismo del lado del angulo inferior con la misma sonda y bisturí, prosiguiendo esta maniobra hasta descubrir el saco. Descubierto éste se abre, tomando todas las precauciones necesarias para no herir las partes que tiene encerradas; para esto se ha de examinar si la hernia es humeda, ó seca: si es humeda se introduce con cuidado la punta del bisturí en el saco, y se pone el dedo sobre la abertura para impedir no salga la humedad, porque esta sirve para conducir facilmente un estilete obtuso por la

solucion del saco; si hay poca humedad, se abre el saco en la parte donde ésta esta mas junta, y se introduce lo mas pronto que se pueda el estilete obtuso, y con el favor de éste se introduce la sonda sulcada, sobre ésta un bisturí recto, y se corta el saco hasta su fondo, despues se lleva la sonda hasta cerca del anillo, y se corta todo lo que esta comprehendido en ella. Si la hernia es seca es mas difícil de abrir el saco: para hacerlo sin peligro se pellizca con la uña de los dedos pulgar, é indice, se levanta la porcion pellizcada para apartarla del intestino y romper el saco sin interesar aquel. Sino se puede pellizcar el saco, à causa de la grande tension que puede tener, por el considerable volumen de las partes que contiene, entonces para romperle se elige la parte del tumor en donde se halla el epiploon, cortando el saco obliquamente, ò à el sesgo con la punta del bisturí, y se acaba de cortar como se ha dicho arriba.

Hecho esto solo falta libertar las partes extranguladas de la tortura ò compresion en que se hallan, pero antes de esto, se ha de ver si es posible reducir las sin cortar el anillo que las comprime, y que causa la extrangulacion. Esto se puede hacer por diferentes medios, el mas simple dice el **Sr. Petit** es pasar una sonda sulcada del lado del anillo entre el angulo superior de la incision hecha en el saco, y el intestino: para hacer esto mas facilmente, manda este Autor que la incision del saco solo llegue hasta cerca del anillo: introducida la sonda hasta mas arriba de esta, y puesta frente del ángulo de la incision del saco se introduce sobre su ranura un bisturí corvo debaxo del anillo para cortarle: otras veces en lugar de la sonda y el bisturí corvo se servia el *Sr. Petit* para cortar el anillo del bisturí herniario, ò de los inventados por los Sres. *Moran*, y *Ledran*, ò de uno inventado por él con un boton à la punta.

Hecho el Corte por qualquiera de los medios dichos, y reconocido con el dedo introducido en la abertura haber cortado lo bastante, se pasa à la reduccion de las partes despues de haber limpiado la sangre de la circunferencia, y particularmente de las partes que se deben reducir, reponiendo primero el intestino. El **Sr. Petit** no es del dictamen de aquellos que quieren que la parte del intestino que salió la ultima deba ser reducida la primera, porque además de no ser siempre facil distinguirla de la otra, no es ley que precisamente deba seguirse, y solo quiere que se reduzca primero aquella porcion que menos resista. Introducido el intestino se pasa à la

reduccion del epiploon, empujandole con suavidad, y alternativamente con los dedos indices sostenidos sostenidos de los dedos de enmedio, y siempre apoyando sobre la parte que menos resiste, empujandole del lado donde está el intestino; y como la abertura es mas ancha por estar ya dentro éste, la reduccion del epiploon se hace con facilidad; no olvidando el Operador limpiar la sangre segun vaya reduciendo las partes.

Despues de introducidas se cura el enfermo. El **Sr.Petit** en lugar de introducir una tiente en el anillo, se sirve de una pelota de hilas embuelta blandamente en un lienzo delgado, y atada con un hilo doble del que dexa colgando una porcion de quatro ò cinco dedos de largo. Esta pelota ha de ser bastante gruesa para que no pueda entrar en el anillo, y se pueda extender por encima de la aponeurosis del musculo grande obliquo que le forma; de este modo se impide la salida del intestino y epiploon haciendo esta pelota sobre el anillo lo mismo que hace el braguero externamente por encima de los tegumentos comunes^{xi}. Esta es la operacion de las hernias simples con extrangulacion.

Pero este Autor nos asegura que en muchos casos se pueden reducir las partes extranguladas con solo cortar el anillo sin abrir el saco, lo que se practica del modo siguiente:

Descubierto el saco, y separado hasta el anillo de la gordura y membranas que lo cubren; se toma una sonda plana, y sulcada, corva en su extremo, ò lo que el **Sr. Heister** demuestra en la tabla XXIV, figura 8; se la introduce entre el anillo y el saco, se pasa la punta de bisturí en su renura, y se corta lo que se halla comprehendi- do del anillo en el extremo de la sonda , y si se cree no haber cortado bastante se continua introduciendo la sonda debaxo del anillo, y cortando todo lo que se halla sobre ella: por este medio queda el saco entero , y se introduce facilmente con las

^{xi}. - Heister detalla el apósito: "...Repuestos los intestinos, para reprimir el saculo, y precaver nueva hernia, es muy util aplicar un globulo, ò pelota compuesta de hilos de lino y cubierta con un paño de lo mismo, el qual se de mojar en clara y yema de huevo batido, y mezclado con una porcioncilla de espiritu de vino,. Se pondrà sobre èl tres ò quatro cabezales triangulares, mojados en espiritu de vino, y se ligarà con la espica inguinal..."⁷

partes que contiene y que forman la hernia, empujandolas con suavidad.

Este es el metodo que este Cirujano enseñaba en las Escuelas de Cirugia de Paris treinta años antes que escribiese sobre esta materia. El Sr. de *Garengeot*, que recogia con cuidados todas las observaciones y nuevos preceptos, que el Sr. *Petit* daba en sus lecciones, fue el primero que publicó este método en 1722. El Sr. *Mauchart* profesor de la universidad de Tubinge, hizo la critica en una disertacion sobre la estrangulacion de las hernias: éste funda la necesidad de abrir el saco, en que es necesario juzgar del estado de las partes contenidas en la hernia, porque el intestino y el epiploon pueden estar alterados; y en esta caso seria peligroso reducirlos sin decubrilos: en que algunas veces hay en el saco grande cantidad de humor fetido, al que es necesario dar salida; y en fin porque el intestino, y el epiploon pueden haber contraido entre sí, y con las partes externas adherencias que es importante destruir antes de la reduccion. El Sr. *Heister* adopta las mismas razones contra el metodo del Sr. *Petit*; y el Sr. *Sharp*, Cirujano inglés, ha añadido despues, que en cortando el anillo sin abrir el saco, puede suceder que cesando con esto la extrangulacion se entren las visceras de pronto en el abdomen, y lleven consigo una porcion gangrenada del epiploon ò del intestino; ò que el saco herniario este de tal modo contrahido que exija absolutamente ser debridado...."

El Sr. *Petit* explica que: "...exceptuo las hernias gangrenosas, las *maroneadas* ^{xxii}, y algunas de las que el intestino contiene cuerpos extraños.

Los sintomas de la extrangulacion se manifiesta en el momento: el tumor comunmente es muy pequeño, pero la inflamacion es viva y la gangrena sobreviene al segundo , ò tercero dia, lo que se reconoce por la remision se los accidentes mas violentos. En este caso seria imprudencia cortar el anillo sin abrir el saco, pero se podria haber hecho con utilidad veinte y quatro, ò treinta y seis horas antes.

^{xxii}. -El Sr. *Petit* llama hernia *maroneada*, aquella cuyas partes están de tal modo unidas y adherentes, que parece una masa carnosas, redonda, sin distincion de epiploon, ni de intestino.

En quanto à las adherencias de las partes entre sí, y al estrechamiento del saco enfrente del anillo, la objecion que se hace acerca de esto solo puede caer sobre las hernias antiguas, en las quales las partes no han entrado en el vientre despues de mucho tiempo, y que han sufrido muchas inflamaciones, ò que han sido comprimidas por un vendage mal aplicado; pero estos casos son tan faciles à distinguir se exceptuan por el Sr. Petit.

La práctica le habia hecho descubrir una ventaja consecutiva: y es que por este modo de operar se impide la recidiva. Luego que habia sido cortado el anillo y reducido las partes, empujaba el saco en la abertura, y aplicaba encima una pelota mas ancha que el diametro de esta abertura; la supuracion se establecia, y el saco reunido entre sí enfrente del anillo contrahia adherencias con todas las partes vecinas, y formaba una barrera que el intestino, y el epiploon no pueden nunca forzar.

No obstante el Sr. Petit conviene en que no siempre tenia la misma facilidad de reducir el saco. Quando era antigua la hernia, ò la inflamacion causada por la extrangulacion habia hecho contraer adherencias, se veia obligado à dexasle fuera, pero en los casos en que estas adherencias no estaban firmemente consolidadas, habia observado que diariamente el saco se acercaba à el anillo, y venia al fin à cerrar la abertura reuniendose con ella..."¹⁸

Benjamin Bell comenta que se ha practicamente abandonado el método de reducir el saco sin abrirlo³⁵.

Incisión del anillo con sólo el escalpelo y el dedo índice

Samuel Sharp comenta que el escalpelo guiado por su propio dedo es el mas seguro escudo para no picar el intestino, "llevando muchas ventajas á la tiente acanalada, el escalpelo debe ser un poco corbo y romo en la extremidad (Làmina V. Estampa II, letra C). Algunos Cirujanos tal vez no tendràn la mano tan segura para cortar diestramente con el escalpelo, puede hacerse la incision con las tixeras de tiente (Estampa II. Letra B)⁵.

Inconvenientes y Peligros de la Sutura

Dice *Sharp*: "...Hecha la abertura, se irá metiendo el intestino dentro del abdomen, y se coserá la herida; algunos aconsejan la costura de pluma, y otros la interrumpida, ò discontinuada, que se hace pasando la piel y los musculos, pero como no hay tanto recelo de que los intestinos vuelvan à salir despues de aplicada la curacion y la ligadura, colocando al enfermo sobre las costillas, todo el tiempo que se està curando, se podrá evitar el dicho peligro con uno, ò dos puntos ligeros de costura pasandolos solamente por la piel, porque el aprieto, ò contriccion que causa una costura en estas partes tendinosas, no puede dexar de ser peligroso⁵.

A MODO DE SUMARIO

"...HERNIA ENCARCERADA Ò CAPTIVA

Quando por suerte acaece el descender al escroto algun grave enterocece, y no se puede compeler los intestinos caidos, si los intestinos están tan constreñidos, y que ni por ningun medio ò artificio se pude reponer, y que no han sido suficiente los fomentos, cataplasmas, sangrias, enemas, y en especial de humo de tabaco, ò que por alguna pasion iliaca se halla el doliente en grave peligro, entonces ninguna ligadura aprovecha. En este caso, para precaver la prompta, y casi segura muerte, que amenaza al enfermo, presente la pasion iliaca, (que el vulgo llama miserere), el unico auxilio, aunque triste, y lastimoso, es recurrir à la obra del escalpelo. Llegado el caso de la operacion, y colocado el paciente como yà diximos arriba, lo primero de todo será cortar el cutis, y pinguedo, que se descubran los procesos del peritoneo, y el involuero, ò bolsa, ò emboltorio de los intestinos; lo que hecho yà con diligencia, se procura separar de las partes anexas, mediante algun escalpelo pequeño, el dedo, ò

alguna pluma de escribir, y conseguido esto, se procuran compeler al vientre los intestinos por la parte que salieron. Quando los intestinos estèn colocados en su prestino lugar, no debemos contentarnos solo de aglutinar la llaga, sino que à la parte enferma se le debe aplicar una exactisima ligadura, llamada espica, la que ha de conservarse siempre, para que por acaso no recidive el mal...

...Tengo por conveniente el poner algunas advertencias, y observaciones:

-Quando la hernia es nimiamente grande, en la qual se puede repeler los intestinos, debemos contentarnos con abrir las partes sobrepuestas à el para descubrir el saco, y reducir los intestinos, haciendo despues lo demas que propusimos en la curacion del bubonocèle.

-Se considera preciso abrir el saco, quando el omento, ò el intestino llegaron à juntarse, ò yà se contiene mucho liquido , ò inflamacion.

-Si por estar estrecho el anillo, ò la parte superior del saco, que causando extrangulacion, no se pueden reducir, entonces se ampliarà el foramen del abdomen por seccion.

-Se tomarà un hilo de cañamo, tres ò quatro veces doblado, y encerado se atarà, y comprimirà en la parte superior del mismo saco, junto al anillo del abdomen, y despues de bien anudado se corta aquella porcion que queda debaxo de la ligadura.

-Y la herida se deliga como las demàs.

-Despues que el hilo se cae por la supuracion, se procura formar una firme cicatriz, en forma de tuberculo, como quando se escarifica, y se hace llaga en el abdomen, para que la aglutinacion quede tan firme, que no permita que de nuevo baxen los intestinos al escroto.

-Tambien es necesario precaver el que no se hieran, ligen, ni compriman la vena, ni arteria espermaticas. Si se hiere por accidente la arteria epigastica, entonces para que no ocasione algun gran fluxo de sangre, se harà que un ministro la cierre, y sostenga con hilas arrolladas, comprimiendola àzia la ingle, ò enlazarla, y comprimirla por obra de la aguja, è hilos.

-Si los intestinos prolapsos estuvieren muy ensanchados de estiercol, y flatos, y que de ningun modo se puede reducir, muchos Cirujanos tienen por

conveniente, el que se vaya repeliendo de los intestinos, el escremento, y el flato, comprimiendolo blandamente, para que poco à poco se vaya reduciendo, tengo por mas conveniente el que se dilate el angosto foramen.

- Si se hallare prolapso el omento, juntamente con los intestinos, se repondrà los intestinos primero.

-Quando el intestino se halla herido, entonces, conviene el juntarlos con sutura, segun encomendamos en la herida de los intestinos.

-Si el intestino se hallare corrupto, se harà separacion de lo dañado, y se juntarà à la herida por lo sano, segun aconseja *Dranio (O Le Dran)*, conservar la parte corrupta, sin cortarla, aplicandole el unguento digestivo, deligandola con hilas, y cabezales; despues, cayendose poco à poco la parte corrupta espontaneamente, se fomentarà la herida con balsamo vulnerario, hasta que se aglutine.

-Si despues se halla que el cutis del escroto està mucho mayor de lo que corresponde à su magnitud natural, debe cortarse con la tixera lo que sobreabunda, para que se encoja y tome una fuerte cicatriz, para que impida una nueva hernia.

-El escroto se embolverà en cabezales, se suspenderà, y afirmarà à la faxa, que podrà servir la espica, u otra idonea.⁷

INCARCERACIÓN DE EPIPLON

Refiere **Heister**: "...Sucede algunas veces en las simples epiploceles, que no se puede reducir, que el epiploon estrangulado se inflama, se supura, y forma una especie de absceso, cuya fluctuación se percibe bajo el dedo: abriendo dicho absceso, se encuentra con el pus especies de grumo, que no son más que porciones de epiploon separadas por la misma supuración.."⁷

HERIDAS DEL ABDOMEN

NOCIONES

Nos comenta **D. Bartolomé Serena y Antonio Medina**: "...Sutura o Costura Artificial

Es una Operacion de Cirugia que se hace por medio de bendage, ligadura, parche, aguja, hilo, ú otro instrumento para mantener en contacto los labios de una llaga.

¿Como concurre el Cirujano á solicitar la union?

Enjugando la llaga, quitando los grumos de sangre, y demas cuerpos extraños, acercando los labios de la llaga con sus dedos, y procurando mantenerlos unidos , mediante los bendages, ligaduras, costuras, y medicamentos.

Mediante el bendage unitivo, en las llagas someras.

Mediante la ligadura, atando, ó enlazando los vasos, como en las amputaciones.

Mediante las costuras uniendo los labios por medio de los parches, y puntos.

Diferencias de Costuras

Segun su finalidad:

Encarnativa: cuando se solicita la union de una llaga reciente y ensangrentada.

Contentiva: se intenta sostener los labios de una herida que se supura, para evitar que se abra demasiado.

Restictiva: para detener un flujo de sangre.

Segun el modo de hacerse:

Verdaderas, Humedas, ó Cruentas: Se hacen con hilo y aguja (puntos continuos ó sueltos)

Falsas, ó Secas: Por la union de los labios y aplicacion de parches, ligadura, ó bendages encarnativo.

Las costuras verdaderas se usan quando los bendages y parches son

insuficientes porque la llaga es muy profunda, muy abierta. Se **utiliza agujas, hilo, clavos; ya no se estilan las canulas**, si no en el caso de que los dedos por sí no puedan sujetar la aguja, y hacer suficiente empuje.

Se colocan quatro, ó mas hebras paralelas, á lo largo, y se unen unas con otras, de modo que venga á hacerse como una especie de cintilla; algunos usaron de la seda pero ya se estila poco, y ha de ser cruda. Los hilos han de ser delgados, fuerte y liso, como el de Portugal; se enceran.

Los clavos han de ser de **tafetán encerado, ó tela engomada**, iguales á la longitud de la llaga (se expone en la Tabla II de Heister, fig,22)

De las costuras á punto continuo, se admitian tres antiguamente: á dos cabos, como la de los Zapateros; á punto cubierto, como la de los sastres. Á sobrepunto, como la de los Pellejeros. Solo se usa al presente la tercera para coser los intestinos.

De las costuras á punto suelto, se hacen tres:

Sutura simple ó nudosa: Mantenedos los labios de la llaga por un Ayudante, los atraviesa con aguja enhebrada por un dedo mas abaxo de los labios, á distancia de un dedo uno de otro. Hacer á un lado nudos firmes, poniendo debaxo unos cañoncitos de lienzo para que no lastimen.

Costura enroscada ó en Pico de liebre: Tomando dos ó mas agujas de oro ó plata, si puede ser porque no crian orín, ó sarro, como las otras, que tengan buenas puntas de azeros; se atraviesan los margenes de la llaga, se dán vueltas encrucijadas con hilo en las agujas formando un ocho, ajustandolas de modo que llegue unirse á los labios; despues se asegura el hilo; se corta con tenazas las puntas de las agujas, y se aplican cabezales(Tabla IV de Heister).

Costura Emplumada o Clavada: es Contentiva, porque no une exactamente los labios de la llaga, los acerca y mantiene. Se usa en las llagas transversales muy profundas, y singularmente en las que tiene cortadas los grandes musculos del abdomen. Á mas de la aguja, é hilo, entran en ellas los clavos de tafetán encerados, á manera de cañones de plumas, y algunos usan cerillas .(Tabla IV de

Heister)^{xxii}.

Costura con dos parches

Se usan en **heridas superficiales, singularmente en las de la cara**, para que la cicatriz se conozca lo menos que se pueda, donde se haya de aplicar el parche, debe afeytarse primero; se cortaran dos pedazos de lienzo proporcionados á la llaga, procurando que por la parte que mira á ella tengan orilla, á la qual se cosen unos cordones, cintillas, ó presillas, á trechos, unas enfrente de otras (Lam 2. Estampa 6 Figura 2 y 3); cubrense con los emplastros de Andrés de la Cruz, ú otro, procurando que no esté recién hecho, porque con el calor de la parte se derretirá, y no mantendrá los labios unidos, y se aplican uno á cada lado, sin llegar á los margenes de la llaga; tirase de ellos á un tiempo, hasta que se juntan los labios, que mantenidos por un Ayudante, el Cirujano aplica una planchuela de hilas con algun aglutinante, ó encarnativo, y atando los cordones, pone despues el restante aparato.

Con un solo parche

Cortase un pedazo de lienzo; hacese en el centro un agujero, ó dos, por los quales se descubre la mayor parte del cuerpo de la llaga, para observar si los labios están unidos, y aplicar los medicamentos (Lamina 2. Estampa 6. Figura 1). Cubrese todo con el dicho emplastro, la mitad á un lado de la llaga, y un dedo de sus lados; despues de pegado, se tira de él, empujando por la otra parte, para que se junten, y se sienta en el lado opuesto la otra mitad; ponerse panchuela, cabezal, y bendage retentivo.

Se conocerá que la llaga está unida, en que los hilos están flojos, y separados de los agujeros que hicieron los puntos; se cortarán y sacarán los hilos, y geringará los agujeros con alguna agua vulneraria, poniendo encima cabezales mojados en vino tibio, ó en la misma agua²².

^{xxii}. -Es una especie de sutura en U, en la que se coloca en los "anillos" del hilo a cada lado los dos canutillos, a todo lo largo de la sutura.

Lamina 2

ESTAMPA 5. Bendas.

5. Benda encarnativa abierta por el centro.

8. Benda compuesta de figura de T, llamada *Faxa de Heliodoro*.

ESTAMPA 6. Aplicacion de un parche solo en la costura seca, con dos agujeros por donde se descubre la herida.

2. Aplicacion de dos parches con lazadas.

3. Dos parches con presillas.²²

CLAVOS (fig. 22) y CABEZALES

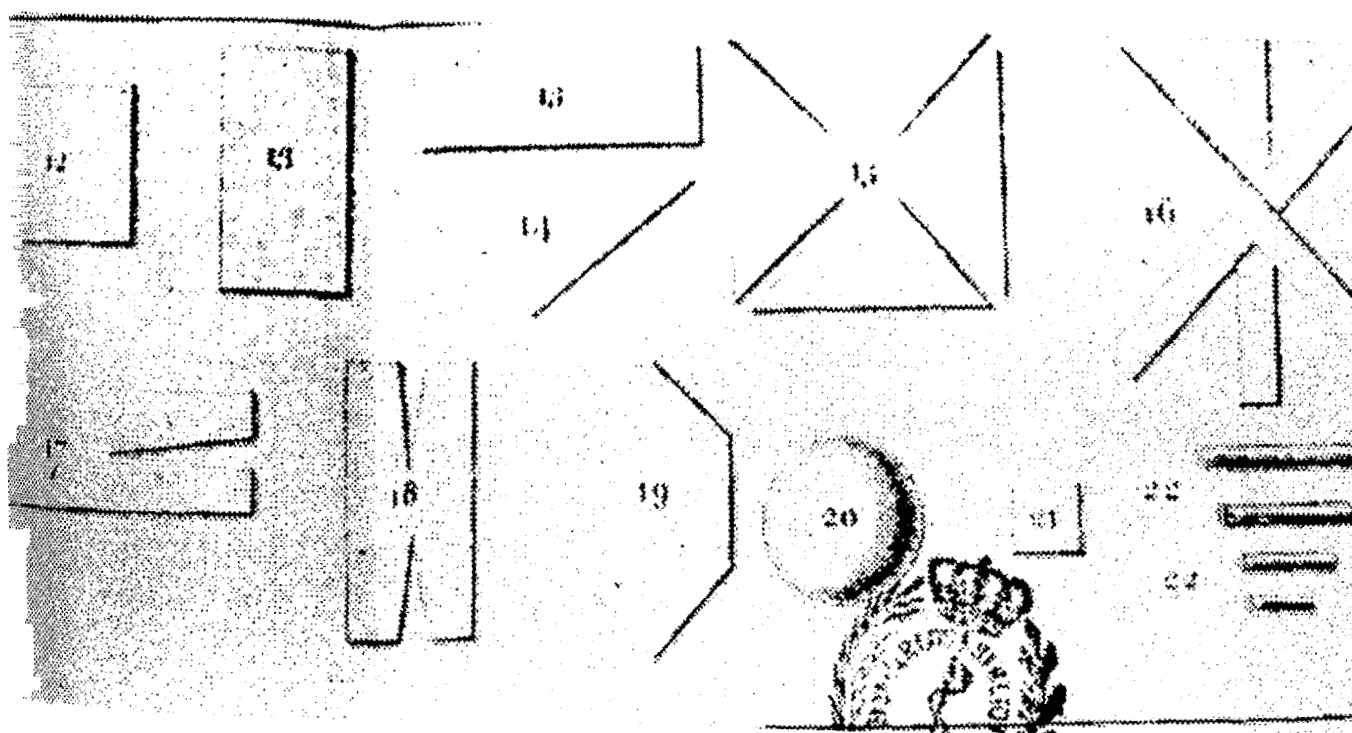
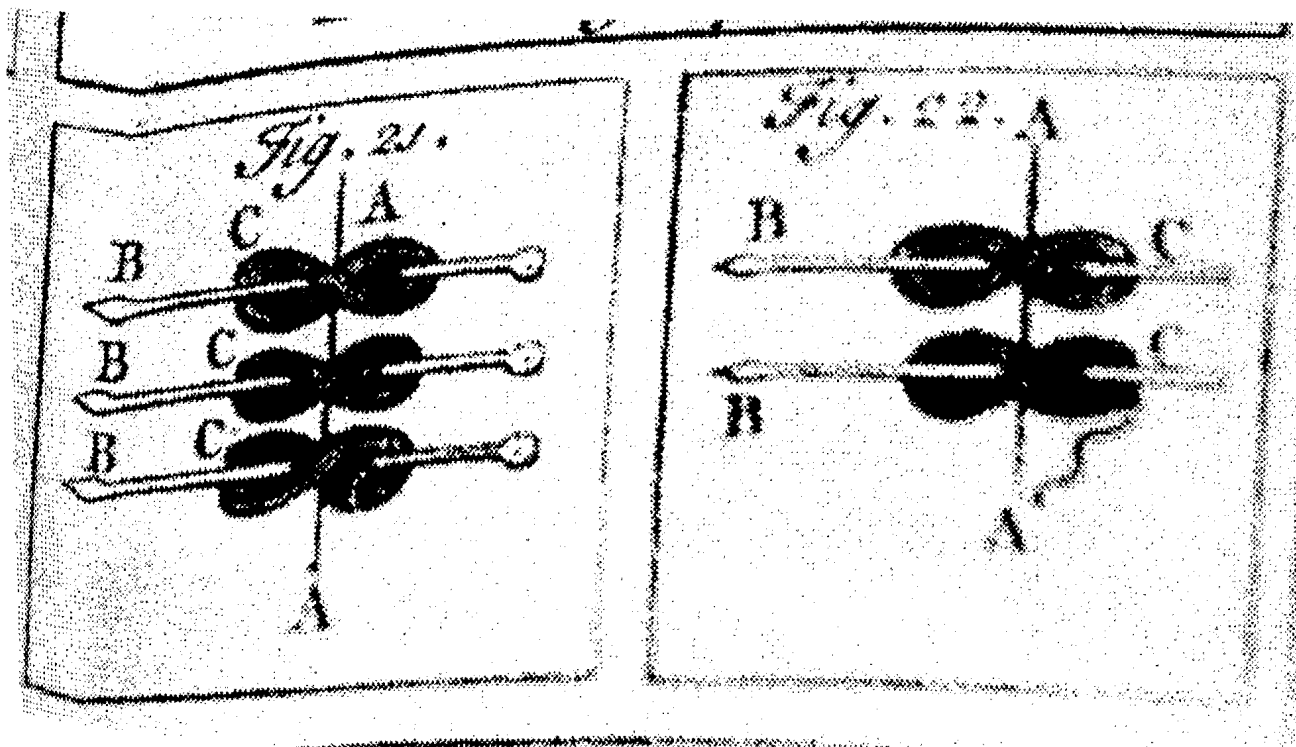
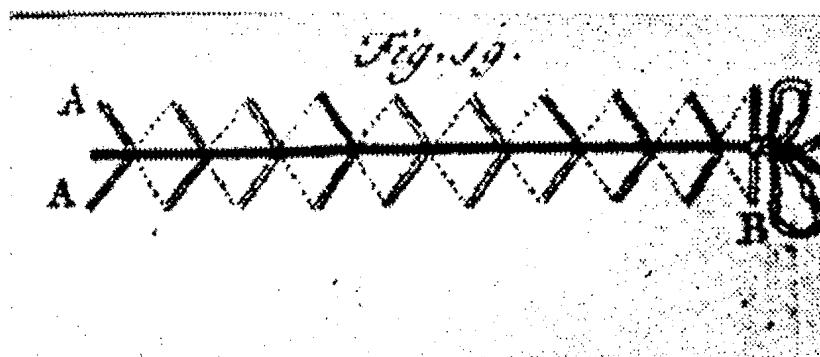


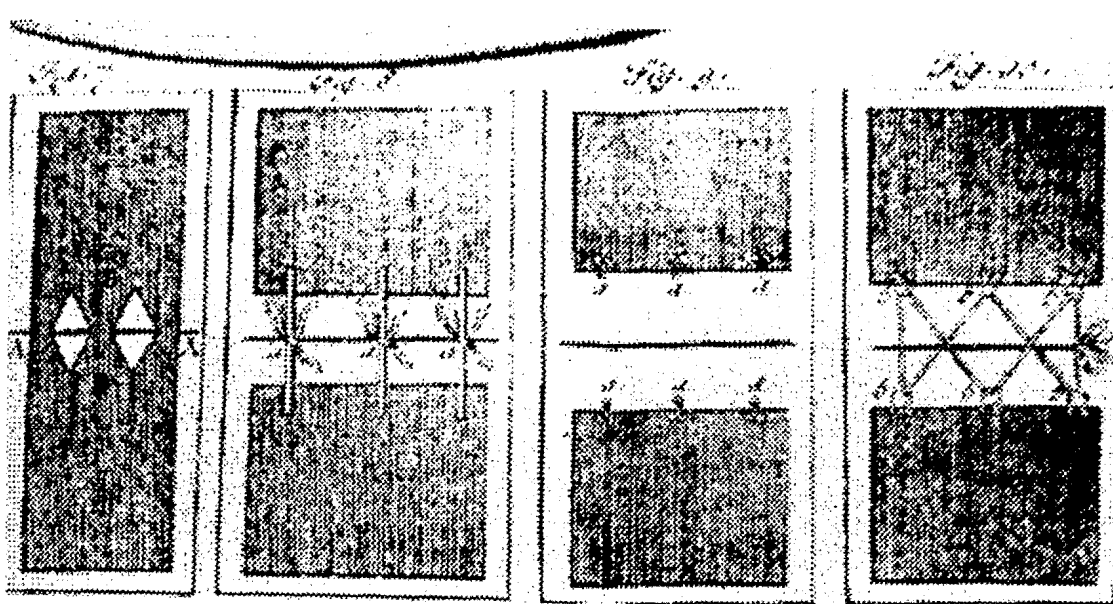
Tabla II de Heister



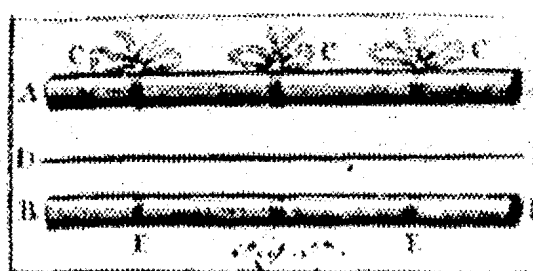
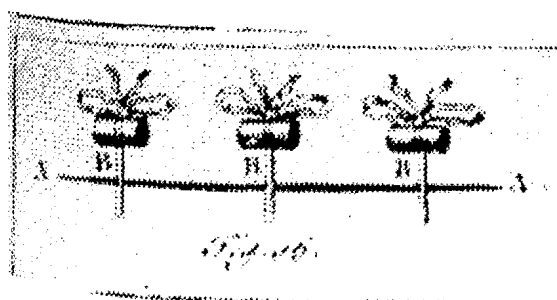
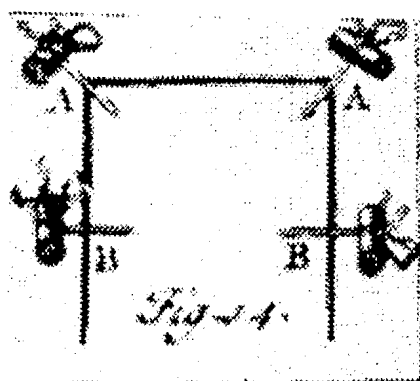
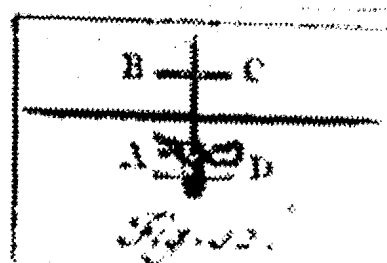
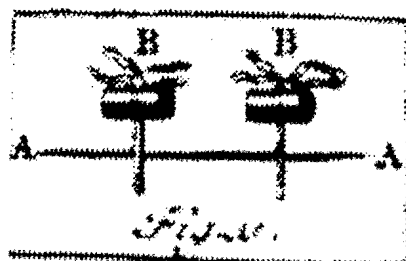
Sutura Emplumada o Clavaca.



Sutura enroscada o en pico de liebre

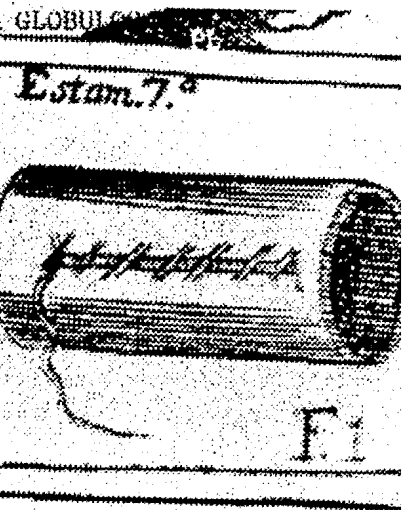


Sutura con Parches



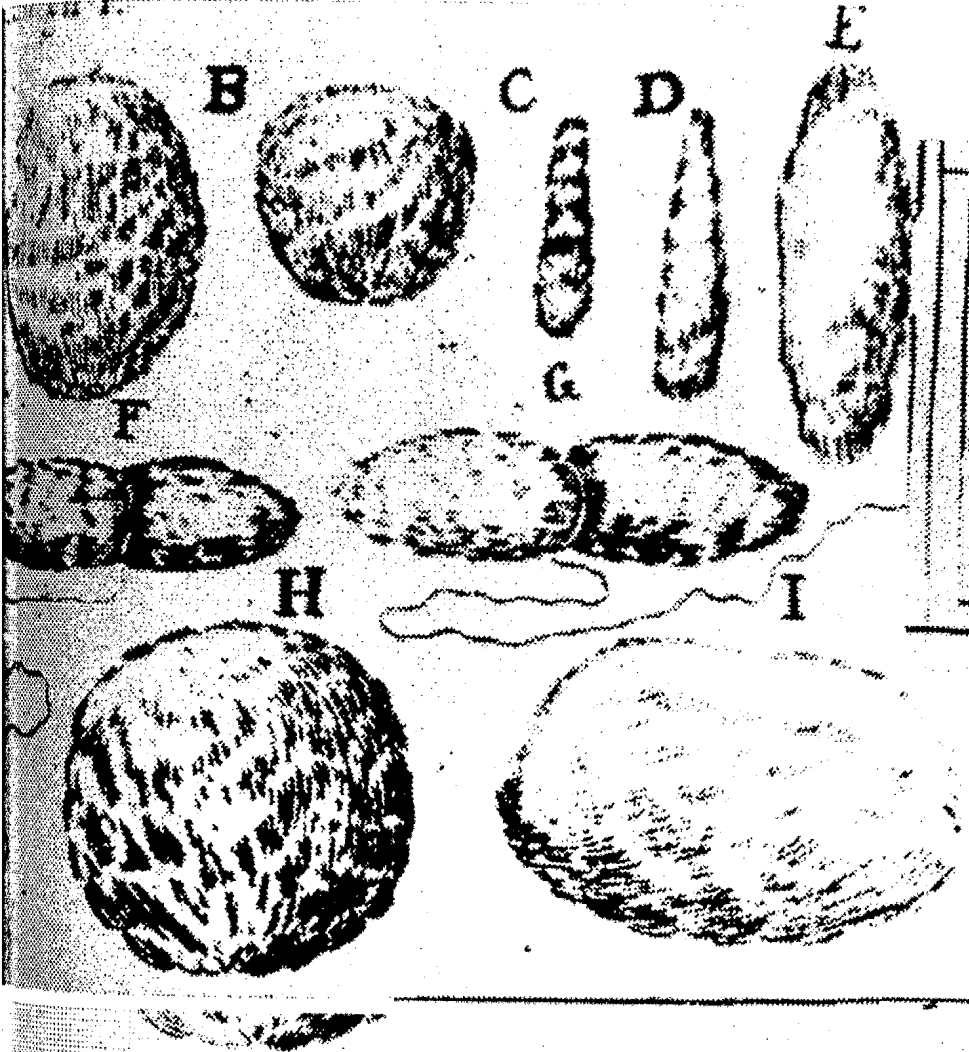
Suturas clavatas

ESTAMPA 1
GLOBULOS Y PLANCHUELAS



LAMINA 2

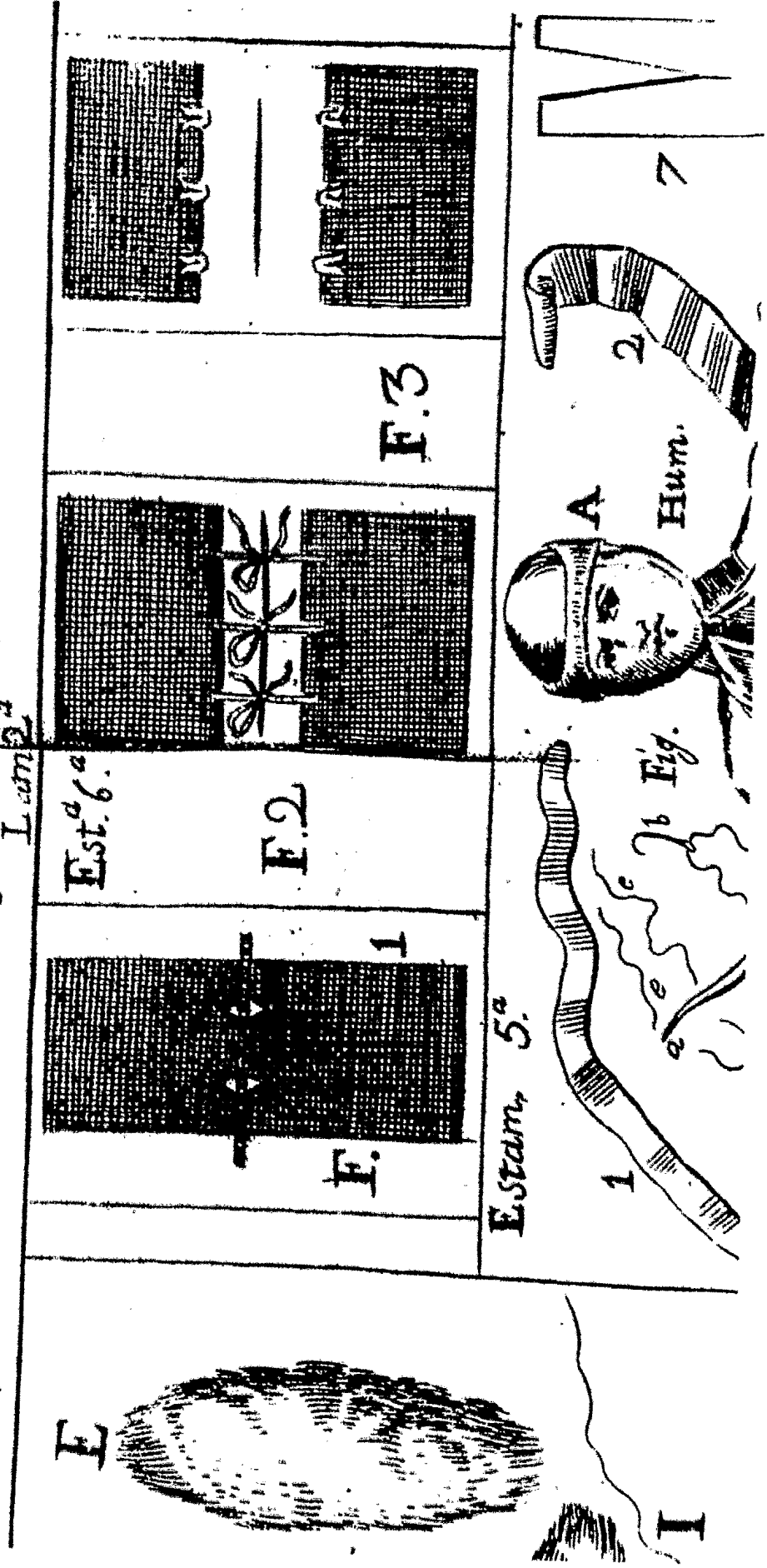
bartolomé Berena
antonio Medina

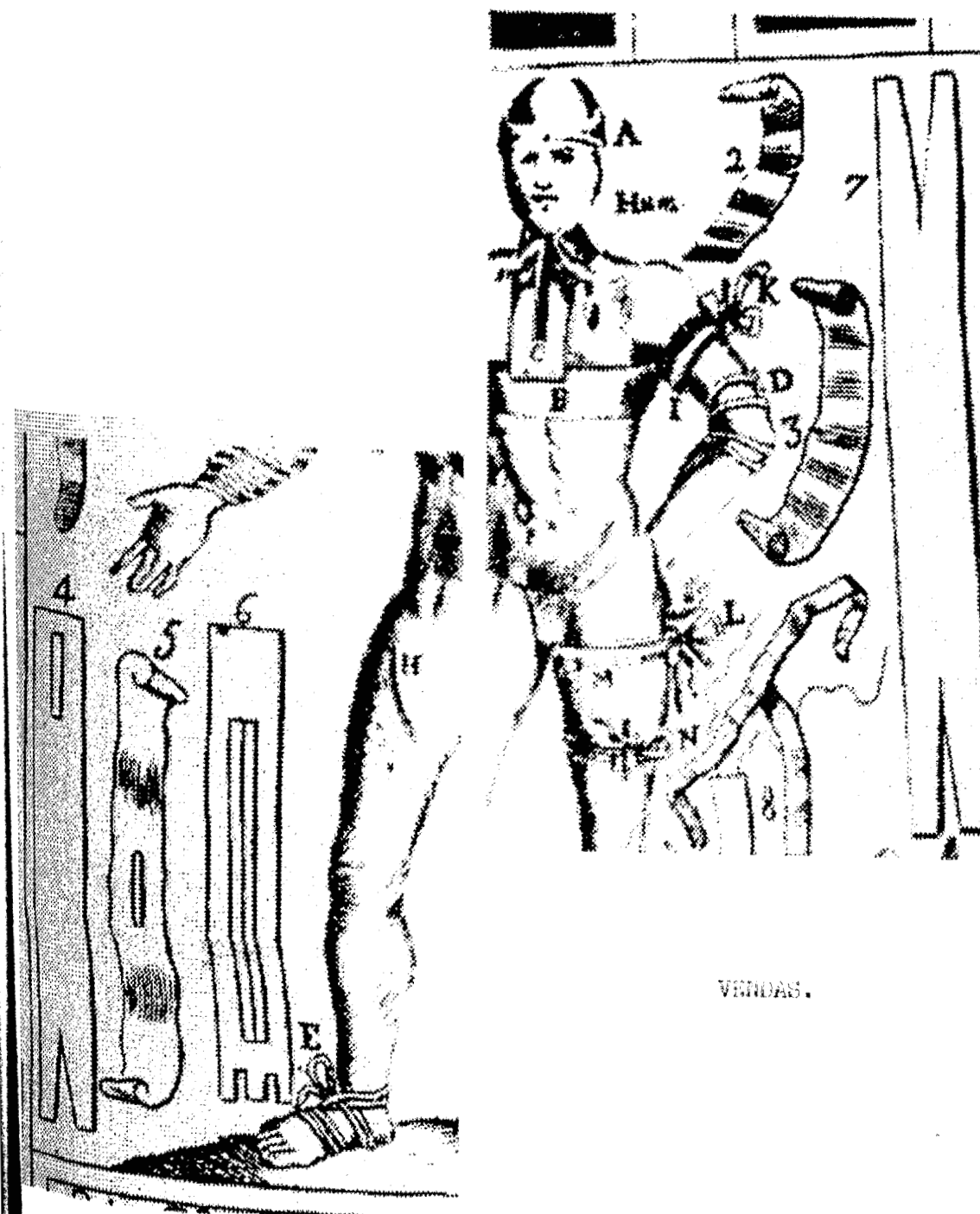


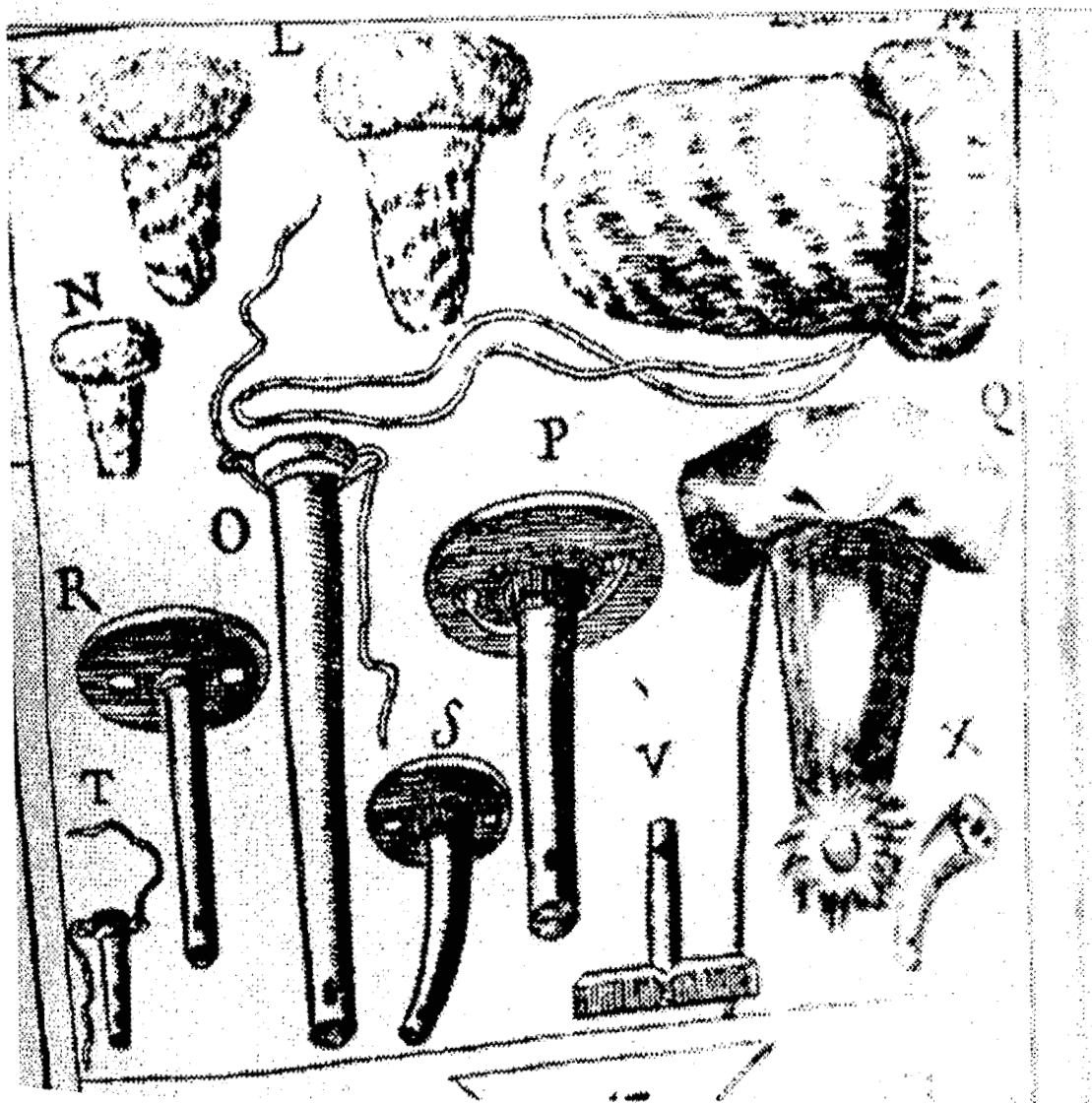
ESTAMPA 3
PARCHES

Estan. 3.ª

(Lámina 2ª de Bartolomé Serena, y Antonio Pedina.)
Lam 2ª







TORUNDAS y cánulas de plata y plomo

SUTURA DE LAS HERIDAS DE LOS INTESTINOS

Las heridas de los intestinos, no solian cerrarse mediante sutura si, como dice Sharp, eran punturas pequeñas ⁵; en heridas mayores, este Autor aconseja la "tradicional costura de pellejeros": "...que viene à ser pasando la aguja por los labios de la herida, cosiendo continuamente de adentro para à fuera, de suerte que venga à quedar dos puntas del hilo en las dos extremidades, y pendientes de la parte de à fuera de la incision del abdomen. Despues haviendo hecho con cuidado la costura interrupta de la herida externa, empujaràs àzia afuera el intestino, tirando por los hilos delgados, hasta que sientas que ha tocado el peritoneo, para que por la adhesion de esta membrana se pueda reunir mas facilmente. Pero seria mas seguro el pasar los hilos, con la aguja, por los labios inferiores de la herida del abdomen, lo que retendria el intestino con mayor seguridad. Suele decirse que seis dias es lo suficiente para que la sutura esté suelta, y se pueda tirar para afuera. Pero tenian malos resultados, bien por fracaso de la sutura, bien por la reacción inflamatoria y adherencial que originaba, y sus complicaciones consecuentes.

En su lugar se aproximaban a la herida sus extremos mediante sutura, para constituir una fistula externa.

Cuando la herida intestinal quedaba dentro del vientre, el pronóstico era infausto, pues, según Heister, se limitaban a colocar al paciente en decubito prono, para que drenase; y a realizar curas locales, y dieta. Posteriormente, otros Cirujanos, ampliaban la herida abdominal, con ánimo de encontrar los extremos para suturarlos a la herida.

De todos modos el pronóstico de las heridas intestinales era muy malo.

Daça, en su libro "Practica y Teorica de Cirugia", tambien nos dice que ya Galeno y Avicena hablaba de la sutura del intestino. La sutura: "se ha de hazer de la misma manera que un pellegero cose un çamarro". Desecha el método referido por Albucasis, mediante cabezas de hormigas grandes: "Aveis de oydo tan gran disparate, ni cosa mas de reyr, como si traxesen las hormigas en la fratriquera...". Tampoco aconseja utilizar la hebra sacada de una tripa de carnero, u otro animal: "...porque estando dentro se ha de podrecer, ò relaxar, u romper los puntos. Como Cornelio, Celso, Galeno, y Avicena, tampoco aconsejaban la seda "porque la seda rompe la

tripa, y causa dolor. Aconseja con Estos, hilo delgado, que para estar mas seguro lo doblan, lo retuercen, y lo enceran; hecha la sutura, dejan los cabos largos, que salgan a través de la herida, para extraerlo posteriormente. Aconseja la aguja triangular para los intestinos "crasos", y aguja pequeña, delgada y redonda, para los intestinos "graciles". Dice que las heridas intestinales tienen muy mal pronostico, sobre todo las de intestino delgado, que las considera incurable, las del intestino "craso" tienen mejor pronostico, pues al tener una pared mas gruesa aguanta mejor la sutura.²⁴

Heridas Incidentales y Pequeñas heridas del Intestino

Dice D. Blas Beaumont: "Si por descuido se llegase à cortar el intestino, se conocerà en que saldràn las materias fecales por la incision, y en tal caso se coserà con una aguja delgada, y su hilo correspondiente encerado, y luego reducirlo poco à poco, y tras èl, el epiploon..."³

También D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde refiere: "...Si por casualidad el Cirujano lo ha herido, y abierto al tiempo de la operación, y no ha contrahido alguna adherencia por encima del anillo, que le pueda fijar, é impedir su entrada en el vientre, será necesario hacerle la sutura en asa con las mismas precauciones¹⁵. (ver más adelante el método de Ledran).

Unos, como A. Cooper, ligaban con seda bajo una pinza que comprendia la pequeña herida; otros realizaban una sutura en asa que comprendia los bordes de la herida (Palfyn) o el mesenterio(Lapyeronie), acercándola luego a la herida exterior con o sin sutura ^{xxiv}.

Heridas parciales

Dice Heister: "...Se deja a la naturaleza las que apenas tiene amplitud de una pluma.

^{xxiv}. - En el siglo XIX, en la enciclopedia de Ashhurst, Enrique Morris comenta diversas clases de sutura, incluso de siglos anteriores. Se verá en la segunda parte.

Las mas anchas se suelen coserse con sutura continua, segun costumbre de los *pellegeros* (Tabla IV, fig. 20), con aguja delgada e hilo delgado de seda o lino...con la sutura continua interponiendo, ó igualando en cada punto cerca de la latitud de una linea mathematica; advirtiendole que al dár el primer punto, debe dexarse colgado pendiente, y sin nudo aquel extremo del hilo, pero que sobre alguna porcion, y el ultimo punto se asegurará con un nudo, y que desde él hasta el fin quede sobrado afuera mas de un palmo, para que estando unido el intestino, se pueda tirar de él, y sacarle del todo. Aunque algunos tienen por mejor la costura nudosa, dando por motivo que las punzadas del intestino son menos, y por consiguiente, hay menos peligro de inflamacion, porque aunque se queden dentro los hilos, siendo tan delgados no pueden ocasionar peligro; pero, á la verdad, qualquiera costura que se haga en los intestinos heridos, bastantemente declara la experiencia, que en semejantes casos son muy pocos los que se curan ...

...Haviendo, pues observado los Cirujanos que, ninguno, ò a lo menos muy pocos convalecen de las heridas de los intestinos, pues aunque el paciente logre vivir, suele suceder que por la misma delgadez y tenuedad de las tunicas de los intestinos, aunque se logren la aglutinacion de ellos, con todo eso suele unirse, aglutinarse a la parte herida del vientre, con la membrana interna del peritoneo, al omento, o à otro intestino, por ello no debemos maravillarnos que los cirujanos se abstengan oy, y siempre de las costuras de los intestinos, y especialmente de la continua ò de *pellegeros*, porque el gran numero de punzadas suele concitar grave inflamacion, agudisimos, dolores, convulsiones, gangrena, y tambien la misma muerte...

....Que haviendo pasado un hilo encerado por medio de la parte herida con una aguja delgada, se ha de atar con un nudo, y por beneficio del mismo hilo, se ha de arrimar la parte herida de los intestinos a los labios de la herida exterior, y se ha de afianzar, y afirmar el hilo que sale del abdomen con los emplastos aglutinantes puestos encima de la herida...²³

D. Francisco Xavier de Cascarón expone el método de sutura del Sr. Ledran: "con la qual el intestino contrahe adherencia consigo mismo, y queda flotando en el vientre, sin el conveniente de las tiranteces y demás syntomas, quando está pegado al

peritoneo..."¹⁸(es la misma técnica que más adelante explica D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde).

D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde recomienda para la sutura intestinal la sutura en varias asas: "...se tendrán tantas agujas rectas redondas y delgadas, como puntos se deban hacer, enhebradas cada una con un hilo largo de un pie y sin encerar; haciendo que un Ayudante sostenga el intestino en una de la extremidades de la herida, y el Cirujano, sosteniendo la otra, pasará tantos hilos al través de los labios, como fueren necesarios, observando que estén à tres lineas de distancia, uno de otro. Despues de haver pasado todos los hilos, se quitan las agujas, y se anudan todos los de un lado juntos; y haciendo lo mismo con los del otro, se unen todos, y se tuercen, à fin que formen una especie de cordon, de este modo se frunce la porcion de intestino dividido, y los puntos que estaban apartados tres lineas, se unen unos à otros, y en estando de ocasionar adherencias, sin que el intestino tenga que adherirse a`otra parte...Se suele disputar si una herida pequeña tiene necesidad de sutura, y si una dieta severa, añadida à los demás remedios generales, pueden bastar par aprocurar la reunion, supuesto que casi nada hay en los intestinos. M. Le Dran es de parecer que se practique la sutura, haciendose cargo, que aunque no haya casi alimento en el canal, el ayre solo puede bastar para apartar sus paredes, y mantener divididos los labios de la pequeña herida. Si la herida del intestino está acompañada de perdida de substancia, será necesario pasar dos ò tres hilos en forma de asa, à fin de sujetar el intestino en la parte inferior de la herida, y por este medio facilitar la salida de las materias, è impedir que se derrame en el vientre..."¹⁹

Intestinos totalmente cortados

Nos dice Heister: "...Si por acaso los intestinos se rasgaron, ó cortaron totalmente, entonces, no habiendo artificio alguno para poder aglutinarlos, ocasionan, y traen á los heridos á una desesperacion muy cierta. Pero no cause admiracion si algunos de estos, sin socorro de Cirujano, ó despues de haver dado puntos, se libraron, haviendose observado por *Hildano, Dionis, Palfino, ...,* y finalmente por mi; y otros muchos que, las bocas de los intestinos, asi lejos, y fuera del exterior del vientre,

ellos de su voluntad, se curaron; y asi es muy justo, que los Profesores procuren imitar este arte, que enseñó la naturaleza.

Siempre que sucediere un caso semejante, procure el Cirujano juntar con sutura continua ò nudosa, ò de otro qualquier modo, la boca de la herida, buscando la parte superior con curiosidad, por no dexar al enfermo à Dios y à ventura. De esta suerte, no solo se libra el enfermo del proximo peligro de la vida, sino que el intestino se une de tal modo à la herida, que por ella arroja las heces, que solian salir por el ano. Es preciso recibir estas inmundicias en un vaso hecho de metal, estaño, ò oja de lata, ò un tapon de lienzo, ajustandolo al agujero, pues aunque sea con trabajo, es preciso conservar la vida.

El artificio curativo demostrado aqui, puede servir tambien en aquellos casos en que se percibe, que alguna parte de los intestinos prolapsos, està corrompida, ò muerta; ligando antes la arterias del mesenterio, se corta la parte corrupta..."²³

D. Francisco Xavier de Cascarón atribuye al Sr. de la Pyeronie, primer Cirujano del Rey de Francia, el tratamiento que se usa quando el intestino está del todo cortado: "...quitar lo corrompido; unir los extremos del intestino á la herida con un punto de sutura. En lo principio sale los excrementos por la herida, pero aglutinandose ésta poco á poco, aquellos toman su curso natural, y se cura el enfermo sin la incomodidad de un ano artificial..."¹⁸

Intestino Gangrenado

..Si el intestino estuviese negro ò mortificado, cortar lo que se halla gangrenado, sujetando despues el intestino con uno ò muchos puntos de sutura en la parte inferior de la herida, como se dixo en la perdida de substancia..."¹⁵

Heridas Ocultas

Nos dice Heister: "Quando los intestinos no están fuera, por cuyo motivo sus heridas están ocultas, emprehenden la cura los Cirujanos de este modo: Haviendo introducido por la herida externa una mecha, y haciendo una sangria, si la debilidad no lo impide; se le mandará al herido abstenerse de comida, que descanse, y echarse sobre el vientre; lo demás lo encomendarán à la Divina Providencia, y bondad de la

naturaleza. Aqui se puede preguntar, si en tales casos convendrà amplificar la herida del vientre hasta encontrar el intestino, y despues con el beneficio de la sutura, juntarle à la herida externa; cierto parece utilisimo, para no dexar al enfermo à una cierta muerte. Fue intentado felizmente por cierto Profesor en 1720; tambien el inglès *Chefeldeno*, en una hernia encarcerada, sacò los intestinos del escroto, y sanò perfectamente al enfermo."²³

"De Quando el Omento, o Redaño està caido, ò prolapso

Si en las heridas del abdomen, se considera que saliò el omento, si permanece caliente, aùn humedo, y con su natural color, se puede bolver à introducir suavemente con los dedos. Si por la estrechez de la herida, no se puede, se cortarà toda la parte que saliò, arrimada à la herida, y se aglutinarà esta, pues asi se junta el omento à la herida del enfermo.

Quando los intestinos están afuera al mismo tiempo, detendrà un ministro el redaño con paños calientes mojados en agua, ò leche, hasta que aquellos estèn colocados, y despues se introduce este con prudencia.

Pero si estuviere algo de esta parte fria, seca, marchita, negra, muerta, ò putrida; se cortarà , porque no corrompa lo sano, y despoje al enfermo de la vida. Se hace pasando una aguja, con hilo encerado, por la parte sana del omento, muy proxima à lo muerto, y despues de dadas dos ò tres bueltas, se hará un nudo, para que dentro no se origine alguna efusion de sangre. Se cortará todo lo corrupto; lo sano se reduce al vientre, y que el hilo salga por la herida exterior del vientre, mas de un palmo, hasta que de su grado dexe la parte sana..."¹⁹

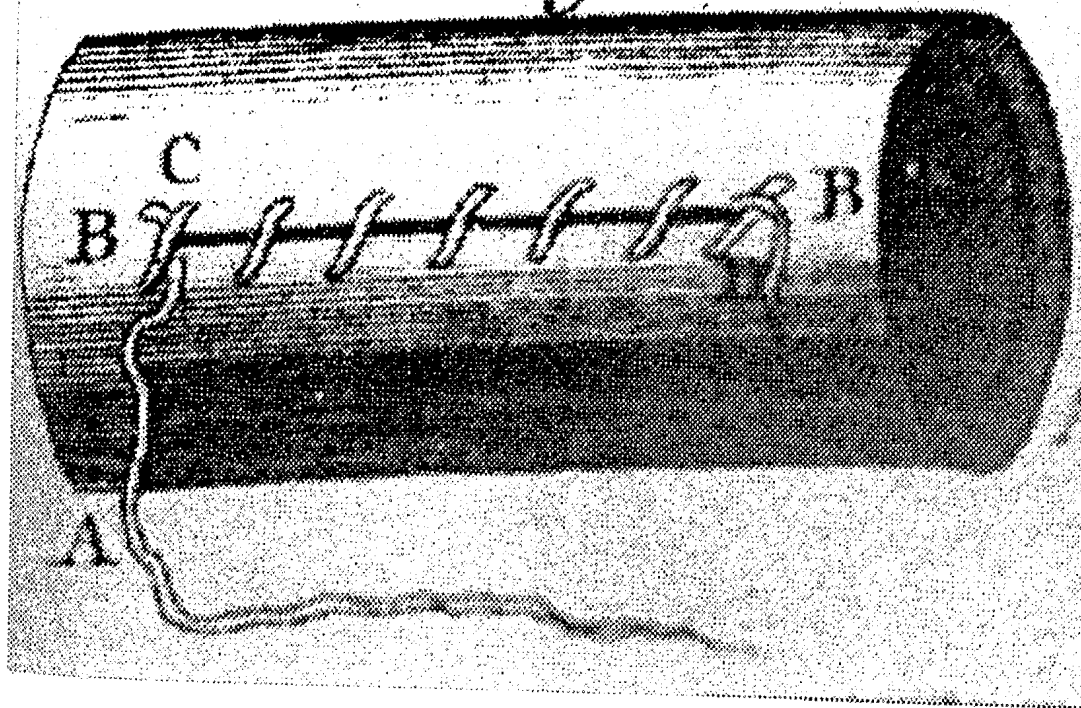
ACERCA DE LA CURACION DE ESTA HERIDA

"...Para que no se confunda algun hilo de la mecha con los que están pendientes del omento, ò del intestino, será muy del caso ponerlos de **diferentes colores**.

Pasados seis, ò siete dias, se atraeràn e todas las deligaciones los hilos pendientes en la herida , hasta que sanando el intestino y el omento, se puedan extraer sin violencia. Los quales, ya sacados, y cesando de correr la materia, se quitarà la mecha, fomentando, y aglutinando la herida externa, para minorar la inflamacion. Se sacará un poco de sangre, si es que de su voluntad no salió bastante, encomendando al enfermo la quietud, y la abstinencia..."²³

SUTURA DE PELLEJEROS

Fig. 20.



(Tabla IV de Reister)

GASTRORRAFIA O COSTURA DEL ABDOMEN

Daza habla en su capítulo "De las Heridas del Abdomen", refiere a menudo, a los Cirujanos clásicos: Galeno, Cornelio, Avicena, Paulo, etc.

Se remedian con quatro intenciones.

La primera bolviendo los intestinos a su lugar; la segunda, aglutinar la herida; la tercera, poner los medicamentos convenientes; la quarta, corregir los accidentes que sobrevinieren, o pueden venir. Hace la sutura con aguja triangular, tomando o no el peritoneo en los dos lados.

Dice que **Albucasis** hace la sutura seca, la qual **Daza** pone en las heridas del rostro, en las pequeñas, donde bastara una, o a lo menos tres agujas, y que despues de puestas se han de cortar las extremidades de las agujas, cubriendolas con cabeçalejos, para evitar que piquen à el enfermo.²⁴

Heister dice que no siempre se hace; sí, si es tan ancha que el intestino no puede contenerse.

Abstenerse si es posible de costuras: "...la qual se puede suplir ocupando, y tapando la herida con un clavo blando, poniendole encima alguno de los emplastos aglutinosos, aplicados de una parte, y otra de los labios de la herida, unos cabezales largos y gruesos, y deligarlo todo muy firme con la venda unitiva o encarnativa.

(Lámina II, estampa 5ª de **Serena**)

Si se cose poner puntos con dos agujas, que pasen de la parte interior à la exterior; para hacer mas comoda la sutura con ayuda de su empuñadura o manubrio que los Franceses llaman **Portaiguille**, esto es, tenedor o afirmador de agujas... Aconsejan meter un cabezalito debajo de los nudos para que no lastimen, y un clavo blando en la parte inferior de la herida, para que la materia mas impura recogida dentro se pueda sacar como por un canal...

...Los Modernos antepusieron la sutura clavata: Algunos Cirujanos obsrvaron, que los hilos despedazaban los labios de la herida, por causa de los movimientos, y las heridas no se aglutinaron. Aconsejan clavos, ò cilindros de seda encerados, que comunmente llaman **tafetás**"²³.

D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde describen la técnica de la gastrorrafia: "...siempre que la herida no tenga mas que una pulgada de largo, la gastrorrafia será inútil, pues con tal que se procuren contener las partes, la herida curará del mismo modo; pero suponiendo la necesidad de hacer la sutura, se harán mas ò menos puntos, procurando situarlos 8 ò 9 lineas distantes uno de otros. Para hacer cada punto se necesitan dos agujas enhebradas en un mismo hilo, compuesto de tres, ò quatro hebras enceradas, y unidas de forma que forme como una cinta"...explica detalladamente la técnica que consiste en introducir las agujas enhebradas desde dentro de la herida, es decir desde la cara peritoneal, al exterior, se hace lo mismo en el otro lado de la herida con la otra aguja enhebrada..."habiendo pasado los hilos, se quitan las agujas para hacer los nudos, que consiste en pasar dos veces el hilo por la asa que forma, y despues uno simple con una lazada, para tener la facilidad de aflojarlo en caso que se hallen muy apretados... untarlos un poco de aceyte, ò pomada, y que sobre la division se pusiese una planchuela, ò pedacito de lienzo embebido en algun balsamo aglutinante...No habiendo tiempo determinado para quitar los puntos, se observaràn los pasos de la naturaleza. La ligadura de epiplon debe llevar consigo la porcion que se ha separado de lo sano, mediante supuracion, y asi se tirará de tiempo en tiempo del hilo para ver si se despeg...Los puntos que se han hecho à los tegumentos, no se quitaràn hasta que se vea el cutis perfectamente reunido...Quando los tegumentos estàn bien cicatrizados se puede quitar la sutura del intestino: se destorcerán, y separaràn los hilos de cada lado, cortando despues à nivel de la cicatriz los de un lado solamente, y luego se sacará cada hilo uno despues de otro...

...Se tendrá al enfermo en una dieta severa, no dandole mas alimento que el necesario para conservarle la vida, y humedecer las paredes del estomago y de los intestinos, en forma liquida...Las sangrias mas ò menos grandes , ò frecuentes...se le dará ayudas emolientes, segun necesidad, menos en el caso que el intestino colon haya salido por la herida, y se le hubiese practicado sutura; se le hará fomentaciones y embrocaciones emolientes sobre el vientre, à fin de calmar la inflamacion..."¹⁵

COMPROMISO DE LA VIABILIDAD DEL CONTENIDO HERNIARIO

"...La práctica de los Antiguos era muy limitada en este punto; estaba muy defectuoso en esta parte el arte de curar, hasta el principio de este siglo: todo se esperaba de los recursos de la naturaleza...."(Boerhaave)²⁶

Gangrena del Epiplon

Cuando los Autores se encuentra en la intervención de una hernia el epiplon gangrenado, actúan de diferentes modos:

- Cortan en el límite de la parte sana y gangrenada,
 - sin ligarlo, aplican aceites esenciales aromáticos para evitar el sangrado.
 - ligándolo. Como dice D.Blas Beaumont: "...cortando al través de un dedo, y medio de la ligadura, ...dexando los cabos de la ligadura fuera de la llaga..."³
 - No cortan el redañó, solo lo ligan, y esperan que se caiga espontáneamente.
 - Ni lo cortan, ni lo ligan, como razona Lassus.

EXPOSICION DE DIVERSOS AUTORES

Para Heister, como refiere en las Instituciones Chirúrgicas: "...Si después de abierto el saco, se hallare que el omento prolapsó está corrupto, ó tan grueso, que no se puede refundir, entonces, por la parte sana se pasará una aguja con hilo doble, ligándolo, y atándolo con un peculiar nudo, y cortando toda la parte gruesa, se repondrá lo demás de él, dexando pendientes los hilos fuera de la herida. Pero si el omento está corrupto; entonces, dexando fuera de la herida la parte corrupta de él, sin ligadura, se repondrá dentro la que estuviere sana, para que de este modo, la que

está viciada, mediante la supuración, se separe por sí, y se aparte espontáneamente.

Varios profesores son de parecer, de que se corte hasta los anillos del abdomen, y que las partes sanas se repongan en el vientre sin ligarlas; yo siempre daré la preferencia à la ligadura..."⁷

Herman Boerhaave, en sus "Aphorismos de Cirugía, en 1776, expone:

Memoria sobre la ligadura del redaño.

M. Pipelet propone la ligadura del redaño en la parte comprometida, sin cortarlo, ...esto facilitaría el que se cayese mas pronto la porción inútil; y caso de que entrase con los movimientos del enfermo, la ligadura impediría todo comercio entre las partes sanas y las que deben corromperse...El dejar el redaño en la herida es menos doloroso, y no expone por lo regular a los heridos a una hernia ventral .

M. Caque, Cirujano mayor del Hospital General de Reims, no lo liga, lo corta, y detiene la hemorragia tocando los vasos con esencia de trementina.

Fabricio Aquapendente no liga, *Celso* no habla de la ligadura del redaño.

Mr. Scharp corta con tijeras la porción corrompida, muy cerca de la sana, y que con aceites esenciales aromáticos se seque lo que está alterado. La ligadura puede originar adherencias, y accidentes consecuentes..."²⁶

D. Pedro Lassus no está de acuerdo con la ligadura del omento: "...Sería opuesto á todas las reglas del Arte, ligar el epiplon en su parte sana, para separarla de la que no lo es á fin de oponerse á la hemorragia; esto sería añadir una nueva causa de estrangulación á la que se acaba de destruir, quitándole los obstáculos del anillo, y exponer al enfermo á perder la vida; todos los prácticos saben que es siempre perjudicial..."¹⁴

GANGRENA DEL INTESTINO

"...Casi siempre los enfermos mueren, o en el acto de la operación, o poco después..."(Laurencio Heister)

Si el intestino estaba sólo "pellizcado", y gangrenado parcialmente en su circunferencia, en general su cuadro obstructivo y estado general, no llegaban a ser tan grave, pero localmente, se producía una importante inflamación, e infección necrótica, así como una fístula intestinal. El tratamiento consistía en resecar los tejidos necróticos, y aplicar medicamentos que estimulaban su eliminación, deterger la herida, limpiándola con vino caliente, y los tejidos necróticos con espíritu de trementina.

En caso de estreñimiento, ayuda los purgantes minorativos, y los enemas.

Benjamin Bell cuando está gangrenada una pequeña porción de intestino, aconseja unir la parte sana vecina a la herida de las paredes abdominales por medio de una sutura, de este modo se deponen las heces por la herida si se separa o se corta la porción gangrenada³⁵.

Cuando se produce gangrena intestinal en todo su diámetro, se reseca, acercando los extremos a la herida; pero si las adherencias no lo permite, se realiza una enterostomía en la zona de la herida, con el extremo proximal; para saber cuál es el extremo proximal, a veces esperaban varias horas, mientras administraban al enfermo algún purgante.

Ramdhore, aproximaba los dos extremos, abocando los dos con sutura a la herida, cuando propendía el asa gangrenada.

En el caso en que se aproximan los intestinos, frecuentemente se produce cuadros de obstrucción intestinal por estenosis cicatricial, y muerte por estallido intestinal.

Ingeniaron varios métodos para mantener la continuidad intestinal, como invaginando el extremo proximal en el distal (Ramdhore), introducir algún dispositivo tubular dentro de los dos extremos, a modo de protector de extravasaciones, o de férula, como naípe enrollado (Sr. Ritsch), un fragmento de tráquea, o una cánula de sauco, adecuadamente tratados.

Algunos recomiendan la sutura(*Dr. Cypriano*).

D. Blas Beaumont aconseja. "...coser los dos extremos lo mejor que se pudiere. También se puede formar un ano cosiendo el borde de la extremidad superior del intestino, con la circunferencia de la llaga de la ingle, atando antes el cabo del intestino, que está del lado del ano..."¹³

Se termina la operación colocando el aposito, con sus medicamentos, y la espica inguinal. El globo, que se coloca en el anillo, en este caso no se coloca, para no dañar al intestino, y facilitar el drenaje.

Y alguna sangría. El enfermo guardará reposo absoluto.

En caso de estreñimiento, se administra lavativas emolientes , y algun purgante suave.

Acontinuación se expone los comentarios de diversos Autores:

D. Francisco Xavier de Cascarón, en 1782: "...Pero si por negligencia del enfermo, ò por ignorancia de los que la han cuidado, la hernia ha estado mucho tiempo estrangulada, las partes que la forman caen en mortificación, es lo que llamamos comunmente hernia con gangrena; no faltan observaciones en que han sido curadas felizmente.

El enfermo puede estar en uno de quatro diferentes casos que es muy importante distinguirlos, porque cada uno tiene sus indicaciones diferentes.

-El primero es quando el intestino está pellizcado en una pequeña porcion ò superficie:

Este caso no pide del Cirujano atenciones que salgan de las reglas conocidas.

Los enfermos solo padecen algunos dolores colicos, les sobrevienen nausea y vomitos, pero el curso de las materias no siendo por lo comun interrumpidos, estos sintomas pueden aparecer y no merecer una grande atencion

La libertad del curso de las materias fecales por la continuidad del canal intestinal mientras que el intestino esté extrangulado, es un señal manifiesta que lo está solo en una porcion de su diametro. Mas es necesario observar que estas deyecciones pueden estar suprimidas sin que se pueda de esto concluir que todo el diametro del intestino está extrangulado; del mismo modo el vomito de las materias

fecales, que siempre ha pasado por otra señal característica de la extrangulación de todo el diametro del intestino, no debe pasar absolutamente por decisiva, pues se la ha observado en las hernias en que solo está pellizcado el intestino...

...La negligencia de los auxilios necesarios da lugar à la inflamacion de la porcion pellizcada del intestino, y esta cae prontamente en putrefaccion. La inflamacion y la gangrena se va extendiendo sucesivamente por el saco herniario, y los tegumentos que lo cubren: en fin se ven las materias fecales hacerse salida à través del cutis, que est   gangrenado en una extension mas    menos grande, à proporcion que las materias que han salido del canal intestinal, se han mas    menos introducidos en las celulas grasosas: por lo que no se debe juzgar del desorden interior por la extension de la putrefaccion externa.

Aunque los estragos que ha hecho la gangrena en lo exterior sea lo que mas comunmente admire, no hacen estos el caso mas grave, y los socorros del arte se reducen entonces à cortar las partes corrompidas sin tocar à las partes sanas circunvecinas: à procurar despues por el uso de los medicamentos convenientes la supuracion que debe desprender el resto de las partes gangrenadas, y en fin en cuidar de deterger la ulcera, con lo que no es muy difícil obtener su perfecta consolidacion.^{xv}

No se debe dilatar el anillo: esto seria oponerse à las favorables disposiciones de la naturaleza, y cometer un grande absurdo, quando el intestino gangrenado ha contrahido adherencias, como sucede casi siempre, y aun necesariamente en este caso. La rotura del intestino y la libertad de la excrecion de las materias fecales han hecho cesar todos los accidentes que dependian de la extrangulacion, y asi la dilatacion del anillo no solo no est   indicada sino que puede ser perjudicial; porque se puede imprudentemente destruir un punto de adherencia esencial, y da lugar à la extravasacion de las materias fecales en la cavidad del vientre,    à lo menos resultar

^{xv}. - Juan Gallsteo y Xlorro, refiere en su traduccion de "Aphorismos de Cirugia" de Herman Boerhaave: "...lavar la ulcera con vino caliente, y limpiarla de los fluidos putridos y las materias biliosas y estercoraceas. El espiritu de trementina tibio impide el progreso de la gangrena. Los digestivos animados estimula las carnes vivas a desembarazarse de las escaras.

en algun impedimento para la salida de estas materias por la herida, y por consecuencia será poco favorable à la cura radical.

La experiencia ha demostrado que nada favorece tanto èsta como el uso de laxativas, y algunas veces el de los purgantes minorativos quando hay embarazo el canal intestinal. Es conveniente el desahogo de los intestinos en quanto sea posible, à fin de evitar las tiranteces que producen las materias fecales detenidas en ellos sobre la herida, quando ya ha principiado èsta à consolidarse, ò ha hecho algunos progresos.

-El segundo caso es aquel en que el intestino está pellizcado en todo su diametro

Si el Intestino está libre y sin adherencia, que esto es extraordinariamente raro, es menester gobernarse del mismo modo que se haria si se viese en la necesidad de cortar una porcion mas ò menos larga del intestino gangrenado, formando una asa libre en el saco herniario.

Mas si las adherencias del intestino ponen al Cirujano en la imposibilidad de acercar los orificios de un modo que pueda hacer esperar un reunion esenta de todo riesgo: si la naturaleza ayudada por los socorros del arte no parece dispuesta à hacer tomar libremente el curso de las materias fecales por las vias ordinarias, es necesario procurar un nuevo ano por la porcion del intestino que corresponde à el estomago.

-En tercer caso el intestino forma un asa libre en el anillo: si está gangrenado sin esperanza de poderse revivificar por el calor natural despues de su reduccion en el vientre, seria peligroso el reponerle, pues repuesto el enfermo pereceria por la extravasaion de las materias fecales en la cavidad del abdomen. La práctica comun en este caso es cortar lo gangrenado del intestino, atar la porcion que corresponde à el ano, sujetar en la herida con el mayor cuidado el extremo del intestino que corresponde à el estomago, y procurar por este medio en esta parte un nuevo ano, que los Autores llaman artificial, esto es, una salida permanente para el desahogo continuo de los excrementos.

Principios del Sr. Pyeronie

Algunas observaciones modernas, siendo la primera una del Sr. Pyeronie, nos ha hecho ver que **manteniendo los dos extremos del intestino en la herida, se puede obtener su reunion, y curar el enfermo por el restablecimiento del camino natural de las materias fecales.** Por desgracia **las curaciones no han sido durables:** los enfermos atormentados, despues de su curacion, de colicos excitados por las materias retenidas por la estrechez del canal à la parte de la cicatriz, se han muerto por la rotura del intestino que han permitido la extravasacion de las materias fecales en la cavidad del abdomen. de suerte que la cura por el ano artificial habria sido mucho mas segura.

Modo del Sr. Ramdhoré

Hay modo de reunir los dos extremos del intestino despues que se ha cortado la parte gangrenada, sin que quede expuesto al estrechamiento, como en la curacion que se obtiene à largo tiempo por la reunion de la cicatriz exterior. Este mètodo se lo debemos à la industria del Sr. *Ramdohré*, el qual despues de haber cortado, embaynó la porcion superior del intestino en la inferior, y lo mantubo así por un punto de aguja junto à el anillo. Los excrementos cesaron desde luego de salir por la herida y tomaron su curso natural por el ano. Dice el Sr. Louis que este metodo solo conviene en el caso en que estè el intestino libre y sin adherencia. No es siempre facil distinguir en el pronto, quál es la porcion del intestino que corresponde à el estomago, y quál la que conduce à el ano: para cerciorarse de esto será muy a proposito mantener los dos extremos del intestino en la herida, y no proceder à su reunion hasta pasada algunas horas. En este tiempo se hará tomar à el enfermo aceyte de almendras dulces, y se fomentará el intestino con vino caliente, à fin de conservarle en su calor y elasticidad natural. Parece esta dilacion absolutamente necesaria, no solo para conocer sin riesgos de engañarse quál es precisamente la parte superior del intestino, sino tambien para la seguridad de la reunion, porque procura el desahogo de las materias que la extrangulacion habria detenido en el canal intestinal, desde el estomago hasta la rotura del intestino. es mucho mas ventajoso que este desahogo se haga por la herida, que exponer la parte reunida por la

insercion de los dos extremos del intestino à dar paso à estas materias, y dexarlas correr todo el tramite que las conduce à el ano.^{xxvi}

La hemorragia de las arterias mesentericas, cuyas ramificaciones se distribuye en la porcion del intestino que habia cortado será conveniente hacer un nudo doble sobre la porcion del mesenterio que formará el pliegue por el qual las porciones del intestino deben ser retenidas y fixas en situacion conveniente. Esta hemorragia se podrá evitar haciendo el corte del mesenterio, como dixe el Sr. Sharp

El Sr. *Ritsch*, primer Cirujano del Rey de Polonia, observa que la simple introduccion de un extremo del intestino en el otro no es tan facil de hacer y contener, por ser estas partes floxas y resbaladizas, y faciles a contraerse, Cree se hará mejor introduciendo en el extremo superior del intestino un pequeño cilindro algo mas delgado que el diametro del intestino, hecho con un naype arrollado, barnyzado con aceyte de trementina, y untandole al tiempo de usarle con aceyte de hipericon, ù otro semejante, el qual se introducirá por este medio en el extremo superior, y estos dos juntos en el que corresponde à el recto; despues se mantiene el naype en situacion por un punto de aguja que atravesará los dos extremos del intestino, y el cilindro, formando un asa, por medio de la qual se acerca el intestino à el anillo, y se le sujeta en la herida, hasta que haya pasado el tiempo suficiente para que esté bien unido. Pasado este tiempo se corta el hilo que forma el asa mas abaxo del nudo, à nivel de la abertura, y tirando blandamente del otro se quita con facilidad. Este es el metodo que enseña muchos años hace el Sr. *Sabatier* en el Hospital Real de los Invalidos de Paris.

-El quarto caso en que el intestino formando un asa cae en putrefaccion, y está adherente á la circunferencia interna del anillo. Esta adherencia hace imposible la introduccion de la parte superior del intestino en la inferior, y parece no presentar otro recurso que la formacion de un nuevo ano. Si las dos porciones sanas

^{xxvi}(a).-Refiere Boerhaave, en "Aphorismos de Cirugia", traducido por Juan Galisteo y Xiorro, que *Moebius*, no tuvo exito en perros, con la introduccion de los extremos de los intestinos, se contentó con coser los dos extremos, pero se separaron, y el animal murió

del intestino contraen acercandose por encima del anillo una mutua adherencia, claro está que despues de la separacion del asa gangrenada que cuelga fuera, estas porciones reunidas formarán un canal continuo que solo estará abierto por la parte anterior, y si los bordes de esta abertura son adherentes de cada lado à la circunferencia del anillo, cerrandose èste, hará necesariamente la reunion perfecta. Estos casos son muy raros..."¹⁸

Laurencio Heister dice que:

"...Estando el intestino corrupto, aunque no tenga sino una mancha negra, ò està herido, entonces no se debe reponer; y si es que se ha de cortar alguna gran parte del intestino corrupto, los extremos sanos se deben juntar con la sutura del mesenterio, formando una lazada, como lo practicò M. de la Peyronie. Pero si no se pueden juntar, entonces el extremo superior se ha de traer con la sutura à la herida exterior, para que aglutinando alli, se forme en esta parte un nuevo ano.

El Cirujano Olandès, el *Doct. Cypriano*, despues de reunir los intestinos, junta la herida con la costura nudosa, ò con la gastroraphia, hasta que se aglutine, porque esta sutura no solo la encomendò yà *Celso*, sino tambien *Roseto*, y *Rolsincio* hà yà mas de cien años.

Algunos aconsejan que, reducidos yà los intestinos, en la parte superior de los anillos , se escarifique con el escalpelo, ò tixera, para que en la herida se induzca una solida cicatriz.

Tambien se puede hacer, aplicando primero un paño caliente con gran presteza, para contener los intestinos, y despues, separando las restantes tunicas del saco, y arrimado el anillo, se ligarà este con un hilo, y debaxo de la ligadura se debe cortar, y tambien toda aquella porcion de cutis que sobra; luego se aplicarán pelotas, ò globos de paño suave, en especial la que llaman de *Petit*, poniendo encima algunos cabezales gruesos, asegurandolos con la espica inguinal.

Se le colocará al enfermo en la cama, y despues de algunas horas, si no estuviere my debil, se le podrá hacer una sangria. Todo el tiempo de la curacion debe conservarse el enfermo en suma quietud, y que la cabeza està algo baxa, el victus

ratio será el mismo. Si el vientre no estuviere blando, ni se moviere por si mismo, debemos auxiliarles con el beneficio de algunas lavativas emolientes.

Si à los tres , ò quatro dias inmediatos à la operacion permaneciere libre de graves accidentes, que no impiden la cura, entonces puede haver esperanza de que se restituya à su pristina sanidad.

Se tiene por conveniente el que tome en los primeros dias algun benigno purgante.

Si el intestino estuviere corrupto, esphacelado, ò abierto, ò el omento viciado, ò bien que otra parte del vientre estuviere propendente de la herida, de ninguna suerte se pondrà el globo grande de lino, porque ofenderà las partes, y tambien impedirà su espurgacion: la deligacion se instituirà solo con hilas secas, cabezales, è idonea faxa.

Pero si persiste inflamacion de los intestinos, se harà algunas evacuaciones de sangre, lavativas atemperantes, corteza Peruviana, añadiendo tambien idoneos fomentos.

Siempre que sobreviene à la curacion fiebre, ò singulto, està espuesto à un presentisimo peligro de la vida, sino se socorre à tiempo...

...Casi siempre mueren los enfermos, ò en el acto de la operacion, ò poco despues....

...Lo que conviene hacer es cortar la parte dañada."⁷

"Metodo particular de Dranio, en el qual procede imitando mucho à la naturaleza.

Muchos Medicos vieron, y yo en especial vi algunas de esta hernias encarcadas en algunos enfermos, que teniendolas ellos por abscesos, no invocaron el auxilio de ningun Cirujano, y despues de haver tolerado acervisimos dolores, y formandose abscesos, llegó finalmente à abrirse, y à expelerse por allì, no solo gran porcion de materia purulenta, y los escrementos fecales, sino tambien algunos gusanos, ò lombrices, y al ver semejante extrañeza invocaban el auxilio de la medicina, à los

quales yo no ordenaba mas medicamento, que el que limpiasen la ulcera todos los dias, y pusiesen encima un parche vulnerario, y con este methodo tan sencillo se libertaron muchos enfermos, que tal vez por los rigurosos preceptos del Arte; y los que no llegaron à curarse con perfeccion, excretaban por aquella boca, ò nuevo ano, en que se veian salir de quando en quando algunas lombrices. Este ducto, que produce la naturaleza imitò *Dranio*, pues llegando à hacer esta operacion, y abierto el saco, hallò yà corrupto los intestinos, no solamente no los cortò, sino que tuvo por mejor el dilatar el lugar de la estrechura, ò estrangulacion, para que la sangre circulase libremente, y rompiendo el intestino corrupto, daba libertad para que pudiese salir la *sordicie*: despues aplicaba à estas partes los vulnerarios, y paños mojados en espiritu de vino alcanforado, y asegurandolo con las faxas y ligaduras convenientes, dexaba que la naturaleza separase espontaneamente todo lo corrupto de las partes, y el intestino entero, del mismo modo esperaba à que se aglutinase à la boca del anillo ò ulcera, concluyendo la obra sin cortar, y sin costura del intestino con el anillo, y finalmente se concluia la obra con menos trabajo y felicísimo suceso...

...Experiencia de *Randobrio*, Cirujano de Camara de nuestro serenísimo

Duque de Brunsvic:

Despues de haverse abierto espontaneamente una *hernia encarcerada* propendia, ò colgaba, saliendo à fuera, una grande porcion de intestino corrupto, y separandolo por ambas partes de lo sano, y juntando estas, la de arriba con la de abaxo, y apuntandolas, ò juntandolas levemente con hilo, las repuso en el abdomen, dexandole pendiente de la ulcera, y atendiendo à mundificar, y aglutinar à esta, se logró con felicidad, sacando à la miserable enferma de los brazos de la muerte, quien evaquaba despues los excrementos, no por la herida sino por el ano..."⁷

Herman Boerhaave, en su libro: "Aphorismos de Cirugia", nos habla sobre la gangrena del intestino en la hernia:

Sutura Intestinal con Tracheoarteria

Boerhaave escribe en sus aphorismos:

"...El Sr. *Duverger* comunico a la Academia de Paris hace 10 años su experiencia. Le habia ya salido bien con un perro.

Quito cuanto habia de intestino gangrenado. La porcion de tracheoarteria debe estar siempre **guaernecida** de tantas hebras de hilos quanto puntos de costura deben hacerse. Lo ha tenido puesto en vino tibio para que estuviera flexible, y en calor, y habiendolo mojado en una mezcla de balsamo del Perú y del Comendador, lo introdujo en el intestino, de modo que la superficie convexa de esta porcion de tracheoarteria, sostenia los dos extremos, como una fimbria sostiene una boveda. Despues por medio de agujillas curvas, que habia en cada extremo del hilo, picando de adentro afuera, a tres o quatro lineas del borde de la herida. Fomento de nuevo el intestino y lo metio en el vientre. Dos **sangrias cortas** edmaron un movimiento febril que tuvo el enfermo al dia siguiente. El dia 21 hallaron los anillos de la tracheoarteria en los cursos. A los 45 dias estaba cicatrizada la ulcera exterior...

...Semejante modo de reunir los intestinos no es nuevo, *Fabricio Acquapendente* asegura que es perjudicial: "...Algunos son tan necios, que meten en el intestino antes de coserle una canula, o un cañoncillo de sauco, o una porcion de tracheoarteria de algun animal, o un pedazo de intestino, para que los alimentos al salir, no rompa la costura, pero esta practica es muy mala, porque la corrupcion de estas cosas quitara la vida al enfermo..."

Pero el Sr. *Duverger* utiliza una tracheoarteria seca, la pone flexible y la macera con vino caliente antes de aplicarla, y la moja en una mezcla balsamica; luego no puede corromperse..."²⁶

A MODO DE SUMARIO:

"...La practica de los Antiguos era muy limitada, y se ve que acerca de el ha estado muy defectuoso el Arte hasta principios del siglo presente, pues todo se

esperaba de los recursos de la naturaleza...Los Modernos ...han conseguido detener la corrupcion y una curacion perfecta. Se ha cortado con buen efecto la parte gangrenada del intestino, se ha conocido que convenia escusar las adherencias que suele contraer el intestino en la circunferencia del anillo, o bien se ha tenido cuidado de sujetar los dos extremos, afin de facilitar, en la herida, las adherencias necesarias para su reunion..."²⁶

PRONOSTICO, EVOLUCION Y COMPLICACIONES

Nos dice **Lassus**:

"Gangrena...

...Perece en treinta y seis horas, aun operado (abertura del saco para que dar salida á las materias estercoráceas), pero si es joven, si la gangrena es poco considerable, y no se ha estrangulado todo el diámetro del intestino, es posible sobrevivir á este accidente: las materias estercoráceas salen por la herida, que se limpia muchas veces al dia con vino tibio; se quitará con el instrumento cortante las partes celulares y cutáneas pútridas, no se reduce , ni se corta el anillo ni las adherencias. La evacuacion disminuye, el intestino se arruga, y consolida, a medida que esta evacuacion vuelve á tomar su ruta ordinaria.

La perdida de substancia que ha padecido el intestino, expone á cólicos, por la dificultad que las materias encuentran á pasar el intestino estrechado; tambien puede resultar una fístula que es de muy larga cura, y á veces incurable; resultando un ano contra natura, por donde salen las materias continua é involuntariamente por toda la vida: la fetidez, y suciedad son consecuencias inevitables, y están expuestos á la protuberancia y rambersamiento de los intestinos. Y tambien el derrame de materias en el vientre quando el intestino se rompe por cima de las adherencias. Se precaven hasta cierto punto estos funestos accidentes usando alimentos fáciles de digerir, y en cantidad moderada, teniendo habitualmente el vientre libre por medio de lavatibas. Si los enfermos no han padecido los cólicos que resultan de la estrechez, es porque el intestino que habia padecido era de un diámetro considerable, esto es, el colon, ó el ciego".¹⁴

Protuberancia y Rambersamiento del intestino

"... Que en los pequeños esfuerzos hace una salida considerable á lo exterior: especie de tumor, algunas veces del tamaño de un puño, roxo ,blando, y casi indolente, cubierto de mucosidad, y sembrado de pequeños tubérculos glandulosos, comparable á la procidencia del recto; en los casos mas ordinarios los dos extremos del intestino rambersado salen fuera. Las personas que he visto en esta situacion se

servian para recibir los excrementos, de una escudilla de barro, atada al rededor del cuerpo, cubriendo todo el tumor, ó de una especie de botella de cuerno, de cuero, ó de hoja de lata. Se ha inventado una máquina, que consiste en una bola de marfil, un conducto de goma elástica, una caja de plata, con una valbula, de un vendage inguinal, sobre el que se monta la máquina, la que permite á los enfermos desempeñar sus negocios, y presentarse en sociedad sin causar mal olor.

Si en la hernia gangrenada, la gangrena es mediana, la escara se desprenderá y caerá por la accion vital al término de varios dias, y el intestino quedará abierto; si el intestino no ha contraído adherencias, dexarle fuera, y mantenerle con una aguja a través del mesenterio, con un hilo doble encerado en forma de lazada, que se fixará por un emplasto aglutinante en lo exterior, para impedirle entrar en el vientre. Pero si la gangrena se ha apoderado de una gran parte del canal intestinal, no puede curar el enfermo, despues de la caida de la escara, sino por medio de un ano artificial, ó se intente reunir las segun hizo *Ramdhor*.¹⁴

Extrangulacion del *Diverticulum*

Nos comenta **Lassus**:

"Los Anatomistas han visto muchas veces al intestino ylion, principalmente hácia su fin, formar por su porcion opuesta á la que está adherida al mesenterio, tan pronto un tubérculo, ó una bolsa, tan pronto una verdadera prolongacion, ó un apéndice, que sin interrumpir la continuidad del canal intestinal, forma con él un ángulo recto... Este apéndice que *Ruysch* ha nombrado *diverticulum*... Es inútil indagar si este es un vicio de primera conformacion, segun cree los que han visto igual caso en los fetos; ó si es producto de la distension lenta de una porcion del intestino, en la qual se han acumulado el ayre y los escrementos.

Las hernias se han formados por una semejante prolongacion del intestino. Sobreviniendo una extrangulacion se reducirá el apéndice, pero si está gangrenado, *Litre* (Mem. de l'Acad. des Sciencies, an. 1700, pag. 308), ha dicho que es preciso ligar el apéndice en su parte sana, cortar la porcion gangrenosa, y volver á entrar el todo en el vientre; no creo se debe seguir el consejo de este autor."¹⁴

APOSITOS Y VENDAJES Y CURA

NOCIONES GENERALES SOBRE LOS APOSITOS y SUS ELEMENTOS

Bartolomé Serena y Antonio Medina expone:

"HILAS

...Unos pocos hilos que se sacan deshaciendo pedazos de lienzo, se usan sueltas, ó en pelotones: Sirven de contener un fluxo de sangre, de dilatar la llaga, ó de conducir los medicamentos, ó de embeber las demasiadas humedades, ó materias.

TIENTAS, Ó TORUNDAS

Especie de instrumento para curar las ulceras, llagas,&c., de hilas, lienzo, esponja prearada, plata, ó plomo.

Figuras

Segunda Lamina

ESTAMPA 1. A. B. Pelotones de hilas llamados globulos.

C. D. E. Planchuelas de hilas.

F. G. Planchuelas atadas.

H. I. Pelotones de estopa, ò hilo.

ESTAMPA 2. K. L. M. N. O. Torundas.

P.-X. Canulas de plata, ò plomo.

ESTAMPA 3. 1-14. Parches".²²

Nos explica Heister:

PARCHES, ò EMPLASTROS

"...Se forman de lienzo, valdès, ò cuero suave, ò en papel apropiado. Deben ser la forma de ellos à la manera del miembro donde se han de poner: redondos, quadrados, triangulares, ovalados, lunados, en figura de T, y en forma de Cruz de Malta.

Sirven para detener los balsamos, ungentos, y otros medicamentos, tambien para contener los lineamentos de hilas, y las mechas para que no se caygan de la herida. Para mover la materia, y para digerir, y madurar los tumores, para aglutinar,

y sanar las heridas, y para juntar, y fortalecer los huesos quebrados, y dislocados, y restituir los miembros del cuerpo humano quando estàn quemados, mitigar los dolores, corroborar las partes flacas del cuerpo.

DE LOS CABEZALES

Suelen ponerse los cabezales encima de los parches; hechos de lienzo limpio blando, doblado quatro, seis, ù ocho veces, y que estèn sin costura alguna. Los antiguos Medicos los llamaban *Splenia*, por la semejanza que tienen con el bazo, y los Franceses *compreses*. Son instrumentos muy apropiados, no solo para defender las injurias del ayre, sino tambien para afirmar los parches, y deligaciones de las heridas. Tambien suelen aplicarse sin que aya parches, unas veces secos, y otras embebidos en ciertos licores, como corroborantes, resolutivos, refrigerantes, emolientes, adstringentes, en cocimientos de varias yervas; en vino, ò en su espirtu, ò en agua, y vinagre, en oxirato y agua de cal; unas veces calientes, y otras frios. Los mas tienen figura quadrada, otros triangular, otros imitan la forma de cruz, otros anulares...segun el diferente estado de las partes enfermas. Otros son de figura redonda, ò globo, que representan una pelota. Algunas veces se previene de cabezales pequeños, y quadrados para reprimir la sangre en las heridas de los vasos. Tambien se acostubran à poner cabezales muy estrechos, ò delgados para la costura de las heridas, y especialmente de las arterias.(Tabla II nº: 12-21).

Los cabezales siempre deben ser mayores que las heridas, y que los parches, para que los puedan cubrir bien.

USO DE LOS CABEZALES

El uso de los cabezales pertenece principalmente para que mantengan el calor natural la parte enferma, para que mantengan mas firmemente las cosas sujetas à ellos en la deligacion, para que se conserven mas comodamente los licores, para que llenen los lugares donde ay un vacio, ò desigualdad, y se pueda hacer mas igual, y firme la ligadura de las heridas; y porque no se apretaràn las vendas directamente sobre el cutis, que excitaria algun prurito.

DE LAS FAXAS (O BENDAGE, para Serena)

Llamadas por los Franceses *bandes*. Sirven no solamente para afirmar los parches, y cabezales, y otras cosas pertenecientes à la deligacion. Tambien para reprimir los peligrosos fluxos de sangre de las heridas, y para juntar los huesos quebrados, y dislocados.

El material mas à proposito es el lienzo, lino, ò cañamo.

Pueden ser: simples; las que solo consta de una lista continuada, ò compuestas de varias listas, ò lienzos... faja de Heliodoro, en forma de T^m (ver Lámina 2 de Serena).

Nos dice D. Francisco Canivel:

"Espica para una ingle.

Aplicado el Aposito necesario, se tomarà una venda de diez varas de largo, y dos pulgadas de ancho, arrollada en dos globos iguales. Se empezará à aplicar su centro sobre los lomos, de donde se conduciràn sus globos cada uno por su lado hasta cruzar sobre el pubis, donde trocando de mano los globos, se conduciràn à la parte posterior, y externa de los muslos, de donde baxaràn. para subir por la parte anterior, y formaràn en las Ingles las X que hicimos en la espica simple, advirtiendole, que sobre el pubis deberá quedar formada otra espica, y hechas de esta conformidad quatro, ò cinco circonvoluciones con el resto de la venda, se formaràn circulares iguales alrededor del cuerpo. Fig. 4. Lam.6.

Contentivo para una Ingle.

Tomese una venda de cinco palmos de largo, y dos pulgadas y media de ancho para servir de cintura, y en su tercio añadase un pedazo de lienzo cortado en forma de media pyramide, en el extremo de la qual salga un cabo de venda de tres palmos de largo, y dos pulgadas y media de ancho. Su aplicacion, despues del Aposito necesario, es como se representa en la Fig.5. de la Lam.6.

Contentivo compuesto para las dos Ingles.

La aplicacion de este Vendage se puede vèr en la Lam.6. Fig. 6.

Suspensorio para el Escroto.

Se tomarà un pedazo de lienzo quadrado, mas, ò menos grande, segun fuere la magnitud del Escroto. se doblarà por su medio, y desde un angulo se darà un corte algo circular hasta la mitad de su longitud; se coserà lo cortado, y quedará hacha una especie de bolsa, en cuya punta se añadiràn dos cabos de venda de tres palmos"²⁷.

El Dr. **Martin Martínez** resume como se coloca los apósitos:

"...Hazese una mecha de hilas, blanda, gruesa y bastante larga, para estorvar que los intestinos no buelvan á salir por los anillos, ligada en algun remedio balsamico, y se pone un fiador para retirarlo: sobre la herida se aplican planchas con un buen digestivo (como es la trementina en yema de huevo), un parche, un cabezal de figura triangular, y una venda proporcionada"²⁵.

Laurencio Heister nos describe:

"...Dilatada ya el lugar de la procidencia, y reducido los intestinos, se pondrán sobre la herida unos paños , ò cabezales triangulares,y se ligará con la faxa llamada spica. Alguno quiere, que en la abertura del abdomen se introduzca una larga turunda, poniendo despues encima un cabezal;pero en la simple y reciente enfermedad yo lo reputo por inutil; al contrario será bueno, si el mal fuere antiguo, y complicado, donde el concurso de humores viciosos, y putridos, formasen absceso interiormente.(ver mas abajo).

No pocos procuran primero escarificar los anillos, creyendo que por este medio se egendrará mas firme cicatriz, para que la hernia no buelva tan facilmente: Lo que no imagino por inutil, respecto de la laxitud de aquellas partes.

Futuras Deligaciones

Quando la primera deligacion està bien asegurada, no se debe remover antes del tercero, ò mas dias, sino es que se considere que estèn contenidos dentro gran copia de humores nocivos, ò que ocurran otras poderosas causas.

Despues se levantará, y se lavará con vino caliente, ò su espiritu, y se proseguirá su ligadura, y aglutinacion. Y si huviere gangrena, se pondrá untar, ò fomentar con azeyte de Terbentina.

Quando no aya urgencia, no se hará la deligacion todos los dias.

Para precaver el que los intestinos buelvan à salir, siempre que la deligacion se aya de renovar, se debe colocar al paciente con las nalgas levantadas, los muslos encogidos, y la cabeza algo baxa, y se mandará à un ministro, que con una mano tenga asida la parte superior de la herida.

Quando yà està la herida cerca de su perfecta aglutinacion, se prevendrá un cingulo suave. Los juvenes la continuaràn por un año, ò mas. Los de mas provecia edad conviene que no la dexten en toda su vida.

Del uso de las turundas

Muchos Cirujanos quieren que despues de la operacion, y reduccion de los intestinos, se introduzca en el abdomen una grande turunda, de lienzo, que al fin tenga asido un hilo robusto, para que conservando abierto el foramen, tenga libre salida los humores preternaturales: que tenga de largo un pollice y medio, y de gruesa un pollice, y que esta no se debe extraher en las deligaciones, hasta que la supuracion la haga caer espontaneamente. Qualquier especie de estas las condena *Petit*.

Siguiendo yo la opinion de *Dranio*, quando ay humores putridos, en el vientre, deben tenerse puestas en el principio, segun yà tenemos dicho. Pero si no hubiere tales humores, del todo se omitan, y aplicar, segun *Petit*, un globulo, nodule, ò muñeca de lino⁷.

D. Diego Velasco y Francisco Villaverde refiere sobre las curas: "...Por lo que mira á la cura, ésta será diferente, segun el estado en que se han hallado las partes, y las diversas maniobras que se hallan hecho. Si se han reducido el intestino, y el epiploon,

por haber salido juntos, ó si habiendo hallado el epiploon adherente al saco herniario no se ha podido reducir sino el intestino, se debe aplicar sobre el anillo una pelota de hilas no mui dura, y embuelta en un pedazo de lienzo: esta pelota no cierra exactamente el anillo, y así permite la salida de algunas serosidades que pueden trasudar durante algunos dias, particularmente en las hernias donde se ha hallado el saco lleno de serosidad. Lo restante de la herida se curará con hilas secas, compresas convenientes, y el vendage *espica* poco apretado para no lastimar la herida.

Si se ha dejado fuera el intestino por causa de sus fuertes adherencias, ó por hallarse abierto, ó gangrenado, en este caso la pelota seria perjudicial, porque se apoyaria, y comprimiria el intestino: y asi, es necesario contentarse con aplicar hilas secas, cubriendola de compresas, y de un vendage mui ligero y flojo..."¹³

Lassus, traducido por D. Pedro Perez, refiere que en ciertos casos se puede unir los bordes de la herida:

"...Tratamiento de la Herida

Debe ser considerada como una herida simple: se deben unir los labios de la herida, se les cubrira con una planchuela de hila seca, por cima de la qual se aplicaran compresas, mantenidas con el vendage triangular; y esto se renovara todos los dias: se mojaran las compresas en cocimiento de malvavisco, ó en una mezcla de agua tibia y aguardiente; que exerza una ligera presion sobre la herida. Con este método se han curado muchos enfermos en ocho ó diez dias.

Hay casos en que la herida debe ser llena blandamente de hila seca para excitar en las partes membranosas una supuracion necesaria.

Despues de la cura usar un braguero...

..No merece la pena escarificar el anillo.

No hay necesidad de introducir la tiente en el anillo, este dañoso procedimiento ha caido en olvido, se le ha sustituido una pelota de hilas contenida en un pedazo de lienzo que se aplica sobre el anillo; pero esta pelota es inútil, y lo mejor es aplicar metodicamente el aparato, hacer guardar al enfermo una situacio horizontal, y el mas perfecto reposo..."¹⁴

Apositos. Canivel

LAMINA 6.

fig. 1



fig. 2



fig. 3



fig. 4

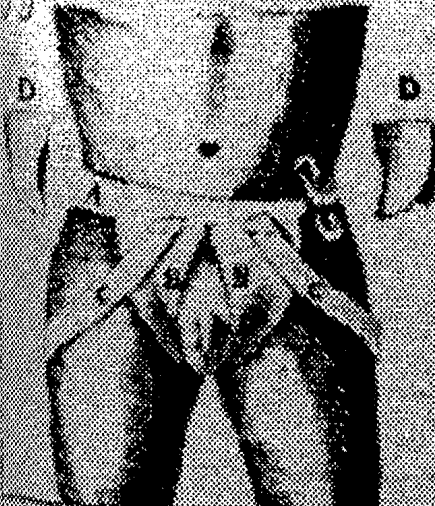


fig. 5



fig. 6



fig. 7

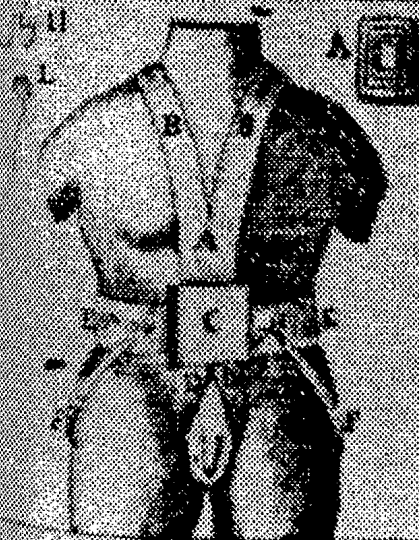
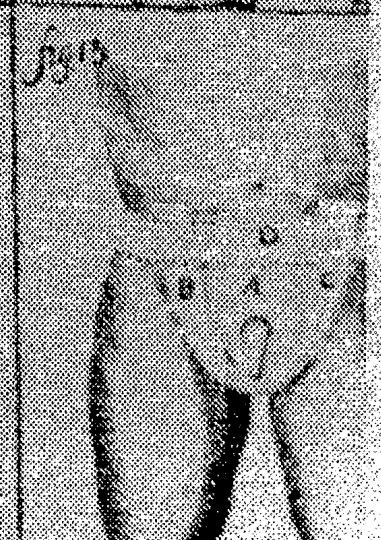


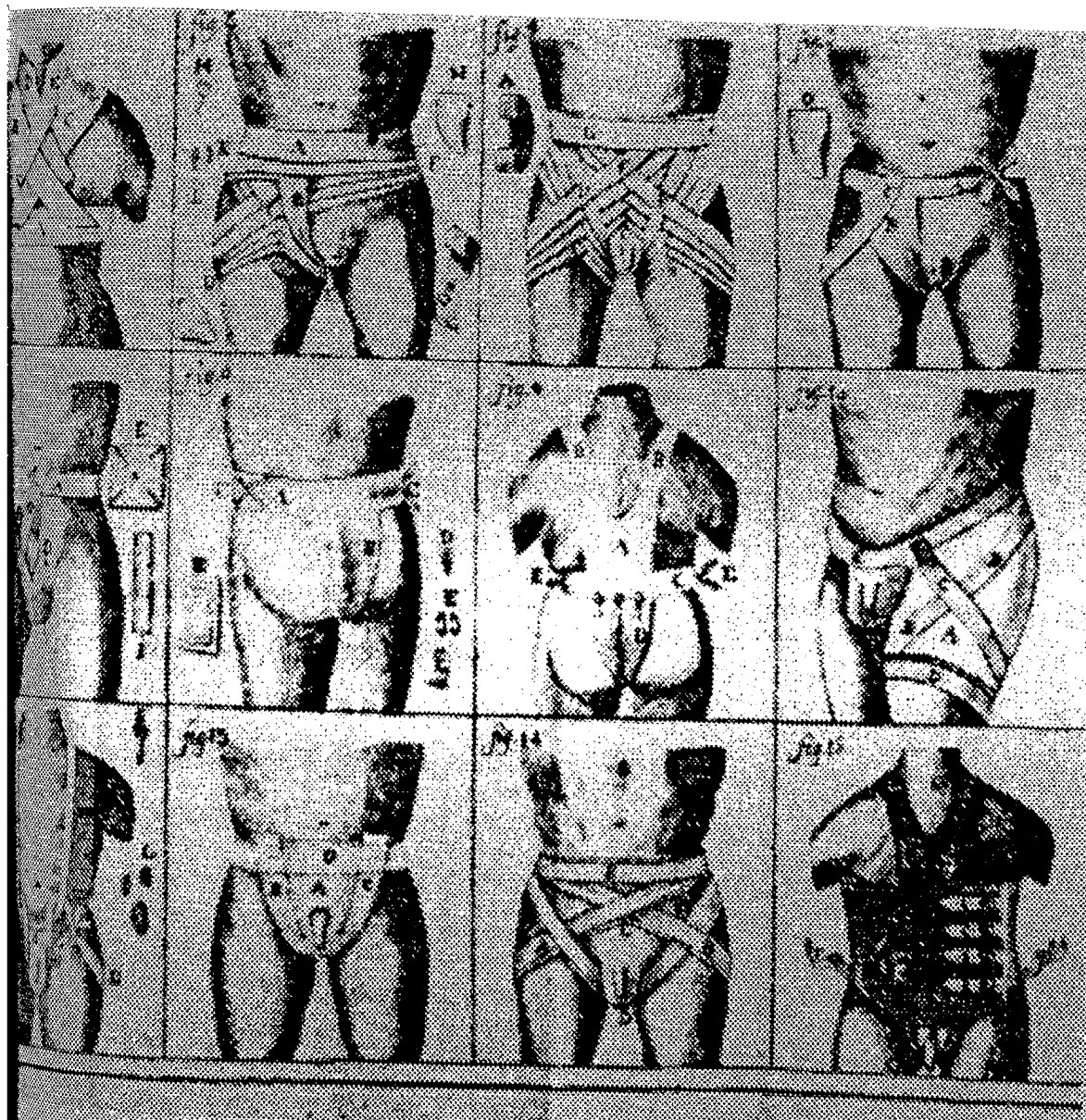
fig. 8



fig. 9



APOSITOS. CANIVEL



HERNIAS CONGÉNITAS O DE LOS NIÑOS

Comenta Lassus:

"...DE LA HERNIA DE NACIMIENTO

Los Anatomistas han observado que en todos los fetos humanos, están los testículos situados en el vientre, baxo los riñones, y sobre la parte anterior del músculo psoas. El peritoneo forma una prolongacion cilíndrica, desde los testículos hasta el fondo del escroto, por donde descienden, pasando por el anillo inguinal. Ordinariamente están encerrados en la cavidad del vientre hasta los siete meses, y fuera de la cavidad en el curso del noveno, ó en el instante del nacimiento. Entonces la prolongacion cilíndrica, ó bayna se oblitera y se cierra hacia el anillo, despues que los testículos han descendido.

Si la estrechez no se hace al tiempo oportuno, y la bayna queda abierta resulta una hernia congénita, frecuentemente incurable, en la que una porcion de intestino, ó de epiplon, y el testículo, están encerrados en la túnica vaginal, que hace las veces de saco herniario.

Algunas veces se detiene el testículo en la abertura del anillo, y forma un tumor, que equivocadamente se ha tomado por una hernia, que se ha intentado reducir y contener por un vendage. La presion constante durante muchos años lo hace scirroso y canceroso, y la castracion es el único socorro.

Es muy importante examinar si los dos testículos están contenidos en el escroto en los infantes que tienen un tumor en la ingle; si el tumor es producido por el testiculo es preciso facilitar el descenso, por el uso de baños tibios, cataplasmas emolientes, por presiones ligeras hechas desde la region lumbar hasta la ingle, y por el ejercicio.

El método curativo no se diferencia esencialmente de las demás hernias: se reduce si es posible, se conserva reducido por un vendage; la cura radical se logra prontamente, sobre todo en los infantes. Pero no se debe aplicar el vendage sino despues del descenso completo del testículo al escroto. Algunas veces adherencias hace imposible la reduccion, lo que hace la hernia incurable, y necesita el uso continuo de un suspensorio.

En la operacion de una hernia congénita estrangulada, se debe presumir que se hallarán adherencias multiplicadas, y una contraccion de la túnica vaginal con las partes dislocadas, lo que hace la operacion larga y difícil.

En las niñas, *Nuck* había descubierto un canal membranoso, al paso de los ligamentos redondos por el anillo, estando expuesta á una hernia inguinal de nacimiento...ⁿ¹⁴

HERNIA CRURAL

El Dr. Gimbernat describe la hernia crural como el tumor en el fondo de la ingle, originado por el paso en condiciones patológicas, de partes contenidas en el vientre por debajo del ligamento de Fallopio o, también llamado arco crural³⁶.

La mayoría de los Autores no da unas indicaciones particulares para la operacion de la hernia crural, así *Sharp* dice: "...El modo de hacer la operacion para recoger lo que descendio es casi el mismo; ni tiene otra diferencia mas, que la de dilatar el ligamento en lugar de los anillos de los musculos; y así , el decribir esta operacion, sería repetir lo que yà dixé en el Bubonocèle..."³⁵

Lassus nos comenta: "...Mucho mas comun en la mujer, está situada en el pliegue del muslo, en la parte donde están los vasos femorales. Sale por baxo del ligamento de Fallopio, levanta poco á poco la aponeurose de la fascia lata, que se une al borde de este arco.

Un examen atento impedirá que se confunda con un absceso ó con un bubon. Si es epiploica, envejecida, irreductible, acompañada de dureza y fluctuacion, porque el epiploon haya sufrido una degeneracion lenta y pútrida, es muy fácil cometer un error, pero hay una indicacion muy positiva de abrir el tumor...

...Taxis

Se hará doblar el muslo del lado enfermo, mientras que se intenta reducir el tumor por una presion que se dirigirá á la parte superior, inclinándose hácia el ombligo, y tambien en diferentes direcciones si no se logra la reduccion por la primera. Despues se contendrá con el vendage de entrepiernas de Lanfranc, cuya pelota mas larga que ancha, tendrá una forma oblonga...

...Operacion

Se cortarán longitudinalmente los ligamentos que cubre el tumor, la aponeurose de la fascialata, y el saco que le es adherente. Se intentará reducir la hernia; si fuese necesario se hará la incision del arco crural, de tres ó quatro líneas obliquamente, del lado de la linea blanca, ó del lado de los huesos de los ilios, á fin de evitar la

lesion de la arteria epigástrica, segun estuviese situada la hernia entre los vasos femorales, y el angulo del pubis, ó al lado externo de estos vasos...

...Apósito

Despues se administra hilas, compresas, y finalmente el vendage triangular. En los ángulos superiores de este lienzo están cosidas dos vendas, que se fixan en la parte anterior por cima del pubis por un nudo, despues de haberlas conducido de delante hácia atrás al rededor del baxo vientre. En el ángulo inferior del vendage está cosida otra tercera venda, larga de cerca de dos varas y media, que hace los oficios de vendage de entrepiernas, y se fixa en la venda que hace el círculo del cuerpo, despues de haberle dado muchas vueltas al rededor del vientre y del lado enfermo...¹⁴

Otras técnicas, expuestas por el Dr. Gimbernat

"Una vez abierto el saco herniario, con el fin de que el intestino pudiese ser reintroducido en la cavidad peritoneal, unos cirujanos cortaban el ligamento de Falopio a través para aumentar el diámetro del orificio crural; otros lo cortan oblicuamente hacia dentro o afuera.

Comenta el Dr. Gimbernat que Mr. Arnaud inventó un garfio romo y obtuso, con el que un ayudante levantaba el ligamento, dilatándolo. Y Mr Leblanc inventó un famoso dilatador, inspirado por Mr Lecat quien en la operación de la talla utilizaba un aparato semejante para la dilatación graduada. Este método fue hallado en 1750, y confirmado después en un crecido número de observaciones, preferible a todos los demás en la Hernia Inguinaria. No es recomendable en la Crural, pues en caso de estrangulación seria muy expuesto en este agujero el dilatador de Leblanc por la lesión que al tiempo de abrirse podría hacer a los grandes vasos. Por otra parte la estrangulación no la forma el ligamento de Fallopio como pensaba Mr. Leblanc, que es el que dilataba, sino el borde interno del arco crural, como manifiesta el Dr. Gimbernat.

"... Por otra parte si se corta transversalmente hacia delante el lig. de Fallopio, se rompe sin remedio el pilar posterior del anillo inguinario en ambos sexos, y en el hombre siempre se corta la arteria espermática con riesgo de hemorragia, y lesión a

veces del vaso deferente... Y ultimamente el enfermo queda más expuesto que antes a la salida del intestino, porque cortado el pilar posterior del anillo inguinario, forma éste con el anillo crural una abertura común, y capaz de dar paso a una gran cantidad de intestinos; y esto es propiamente resultar en el enfermo una hernia mayor que la que padecía antes..."

El cortar oblicuamente el lig. de Fallopio:"... expone aún más la vida del enfermo, porque indispensablemente se corta la arteria epigástrica, a que sigue una fuerte hemorragia, sumamente difícil, o por mejor decir imposible de contener, la qual podria no manifestarse al exterior, y perecer el enfermo en pocos minutos, con admiración del mismo Operador..."

El garfio romo de Arnaud no lo considera eficaz: "... pues sólo levanta el borde externo del arco de crural, llamado lig. de Fallopio, que no es el que forma la estrangulación, porque la produce el borde interno del arco; así es presumible que sin él, y con sólo el taxis, después de abierto el saco herniario, se habria logrado la reducción..."

Todos los Practicos han reconocido los peligros indicados en esta operación, como Grangeot, Sharp, Arnaud, Pott, Bertrandi; Bell recomienda en su obra Nuevo Sistema de Cirugia,:"...si las partes salidas se hallan en estado de reducirse, deberemos inmediatamente procurar reponerlas...con sola la presión metódica de la mano, con tal que el enfermo esté situado del modo que se ha dicho en el Bubonoccele...quando las partes pueden reducirse de este modo sin incisión alguna en el ligamento, el enfermo se liberta de muchos escollos contingentes y peligrosos, y que se deben temer de la particular situación de los vasos espermáticos y epigástricos con relación al ligamento; pues cualquier incisión en él expone a cortar uno u otro de estos vasos..."

Bell recomienda cortar el ligamento con su método, que consiste sencillamente en introducir el dedo índice izquierdo posterior al ligamento, protegiendolos vasos, mientras con un bisturí en la mano derecha se va cortando craneo caudalmente con cortes progresivos superficiales. No está de acuerdo Gimbernath con este método, considera que es el pliegue o doblez del arco crural y su atadura a lo largo de la cresta del pubis el causante de la estrangulación y no el lig. de Fallopio propiamente³⁶.

Técnica del Dr. Gimbernat

Su técnica es de suma importancia en la cirugía de urgencia de la hernia crural, no sólo en su época, de hecho el fundamento de ella, es decir la sección del ligamento que lleva su nombre, sigue utilizándose actualmente. Por esta razón la recojo bastante detalladamente:

"...No me atrevería a proponerlo con tanta confianza, si no tuviese a su favor el feliz éxito con que lo puse en práctica *en dos mugeres*, hallándome en Barcelona por los años de 1772 y 73. Siento que por razón de mis viajes no haya podido acumular mayor número de observaciones...".

Aunque cuenta con dos observaciones más del prof. **Joseph Torner**, catedrático de Barcelona, del Real Colegio de Cirugía, quien asistió a sus dos operaciones, y realizó otras dos; también contó con la aprobación del **Dr. Hunter**, a quien le mostró su técnica cuando estuvo en Londres.

Descripción Anatómica del Arco Crural

Describe el llamado ligamento de **Fallopio**, formado por un doblez hacia dentro de las fibras inferiores del oblicuo externo. En la vecindad del pubis las fibras del oblicuo externo se abre en dos bandas o pilares para formar el anillo inguinario. Describe el **Anillo Crural**: situado al lado interno de la vena ilíaca secundaria junto al ramo del pubis; en la parte interna de una vaina aponeurótica formada por una expansión membranosa, que proveniente del Arco Crural, se insinúa por detrás de los vasos femorales, y va atarse junto al borde externo del músculo pectíneo, pero una lámina de ella pasa por encima de dicho músculo, y va a fijarse en la cresta del ramo del pubis; aquí se encuentra con el pliegue o doblez del ligamento de Fallopio o Arco Crural que termina en la misma cresta, y forman unidos a lo largo de ella una especie de ligamento, baxo el cual se ata la extremidad superior del músculo pectíneo. La parte anterior de esta vaina la forma el Arco Crural, su borde externo, con la fascialata.

Por esta vaina pasa los los vasos ilíacos para salir del vientre, después de dar los vasos epigástricos, algunos ganglios y vasos linfáticos, pero el nervio crural pasa siempre por fuera de esta vaina. Se trata de un agujero bastante manifiesto casi

redondo, por donde entran muchos vasos linfáticos, alguna glándula linfática se halla a veces como encajada en este mismo agujero, por el qual salen siempre las partes que forman la hernia crural. (ver lámina)³⁶.

Taxis, según la práctica del Autor

"Se situará el paciente sobre el lado opuesto a la hernia, algo doblado el pecho y un poco mas baxo que la pelvis; la cabeza inclinada hacia el pecho, y el muslo de la hernia medio doblado, de modo que no impida maniobrar al operador. Colocado éste al lado de la quebradura, cogerá con la mano el tumor por su base y parte superior, y comprimiéndole medianamente por los lados con los tres primeros dedos, empujará al mismo tiempo con los de la otra mano el extremo inferior del tumor hacia arriba y adentro, para encaminarlo de este modo hacia el anillo crural. Esta maniobra, no estando inflamado, debe continuarse por largo tiempo y sin cesar, aumentando por grado la fuerza en caso necesario; pero quando el enfermo esté fatigado, cesará la fuerte compresión y empuje por algún rato, sin soltar por eso el tumor, que descansado un poco el enfermo se puede continuar como antes. Yo he necesitado á veces mas de una hora para lograr la reducción, y creo con fundamento haber sido mas feliz en el taxis que otros, que sin observar las reglas indicadas, se han contentado con unas ligeras tentativas, temerosos de causar algún daño al intestino. Debo advertir también que esta maniobra sería dañosísima si el tumor estaba inflamado y muy dolorido."³⁶

Modo de practicar la operación cruenta

"Se abre metodicamente el saco herniario, si se halla el intestino sano, se procurará primero reducirlo, por el Taxis. Para esto se hará salir un poco mas del intestino, porque a veces la porción estrangulada se halla tan fuertemente contraída, que no permite pasar los materiales contenidos, y no pocas veces es éste el sólo,obstáculo que imposibilita la reducción.

Si de este modo no se puede lograr la reducción por el Taxis, es preciso cortar la parte que forma la estrangulación. Para esto se introduce por el lado interno del

intestino , entre éste y el saco herniario una sonda acanalada de punta roma, la qual se dirige de afuera hacia dentro hasta entrar en el anillo crural, lo que se conocerá por alguna mayor opresión que se hace sensible al entrar en el anillo, y también se percibe luego que su punta descansa sobre el ramo del pubis. Entonces se suspende toda introducción; y apoyada firmemente sobre el ramo del pubis, de suerte que su dorso esté vuelto al istentino, el canal hacia la sínfisis del pubis, y sus dos lados el uno hacia abaxo , y el otro hacia el Arco Crural, se introduce muy suavemente con la otra mano en el canal de la sonda un bisturí de hoja angosta y punta roma hasta entrar por el anillo, cuya entrada se conoce también por alguna mayor resistencia; se continuará introduciendo con mucho cuidado el bisturí hasta el extremo del canal, y obrando luego de concierto con las dos manos, se hará correr a la vez ambos instrumentos juntos , sobre el ramo del pubis hacia su cuerpo sacándolos al mismo tiempo. Con esta maniobra se corta el borde interno del Arco Crural en su remanente. Así executada esta incisión, se afloxa considerablemente el borde interno del arco, que como se ha dicho forma siempre la estrangulación, y consiguientemente se reducen las partes con la mayor facilidad.

En esta operación se evita el riesgo de lesionar los vasos espermáticos, epigástricos, u obturatrices. El riesgo que mas podria temerse es horadar la vexiga urinaria, y así se tendrá la precaución de hacer orinar al enfermo poco antes de la operación.- También podria herirse el útero de las embarazadas de quatro meses arriba: para evitar este daño se usa del bisturí de punta roma, y además se tendrá cuidado de no introducirlo mucho, y que la enferma esté muy inclinada hacia el lado opuesto.

Después de la operación se aplicará un apósito sencillo, sin introducir cuerpo alguno extraño en la incisión; antes *se ha de procurar de aproximar sus labios*, y mantenerlo así por medio de algunas tiras de emplastro aglutinante, com las del tafetan de Inglaterra; sobre esta sutura seca se pondrá una simple compresa, ligeramente cargada de un ungüento compuesto de cera blanca y aceyte comun bueno, para que no se pegue a las tiras de emplastro. Sobre esta compresa se pondrán unas hilas secas sostenidas por otras compresas, y un bendage contentivo como el inguinario, o la espica simple.

El enfermo guardará la misma situación que en la operación de la hernia

inguinaria, igualmente que la quietud y la dieta.

Este primer apósito, no ocurriendo novedad se levantará a los cinco o seis días lo mas pronto, siguiendo las curaciones como la primera, o lo mas tarde que ser pueda, y dexando siempre la sutura seca, si es posible."³⁶

Nos comenta D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde:

"...Entre las hernias crural, y inguinal no hai mas diferencia, que la que resulta de las partes donde se forman; en lo demás, todo quanto se ha dicho de la inguinal conviene á la crural.

La diferencia que puede haber es al tiempo de hacer la grande operacion. En la inguinal despues de divididos los tegumentos, no se halla mas que el tegido celular hasta llegar al saco herniario. En la crural, además de lo dicho, se encuentra antes de llegar al saco la *fascia lata*, que siendo de una consistencia mas firme que el tegido celular, puede hacer creer que es el saco herniario.

En la hernia inguinal la arteria epigástrica pasa por detrás, inmediatamente por encima de la entrada del saco herniario: en ésta pasa por delante, y así es necesario tener gran cuidado en no abrirla al tiempo de hacer la dilatación: se dilatará la entrada del saco, y se cortará el ligamento de Fallopio, dirigiendo la incisión oblicuamente ácia la línea blanca, y teniendo cuidado que la dilatación sea chica, porque la arteria epigástrica está muy cerca. Las precauciones que se deben tener durante la curación, son las mismas que las de la hernia inguinal."¹⁵



PRONÓSTICO

Juan Fragoso expone: "... En cuanto al pronóstico, refiere que la intestinal es la que peor tiene, sobre todo si no se puede volver arriba el intestino, y mas en la parte izquierda "donde estan acostados muchos intestinos delgados". De aquí se sigue la calentura , el hipo y, en su estadio final, la gangrena. Se suele seguir la muerte..."¹⁰

Refiere Gerónimo de Ayala: "...Los reducimos á dos pronosticos:

-El primero, segun Guido dize, el que tiene esta rotura no vivirá sin peligro; y por tanto dezimos con Albucasis, que no dexen el buen regimiento, ni ligadura, y si caen los intestinos en el escroto, y se endurecen las hezes, tiene poco remedio.

-El segundo es de Teodorico, y dize: "Vi dos hombres que murieron de endurezeseles las hezes en los intestinos, dentro del escroto, y por tanto se pondrá mucha diligencia en bolverlos á su lugar..."⁶.

Nos dice Jorge de la Faye: "Los signos de las hernias...son diagnósticos y pronósticos.

Los diagnosticos hacen conocer que especie de hernia es. La hernia simple forma un tumor blando, sin inflamacion, ni mutacion del color en la cutis, que desaparece quando el enfermo està echado, ò quando se comprime ligeramente.

Los tumores herniarios compuestos, presentan los signos de las diferentes especies de hernias simples.

Las complicadas solo con adherencias, solo se reducen en parte.

Quando están complicadas con estrangulacion, no se reducen, y viene la inflamacion, el dolor, el hipo, el vomito, la calentura, las agitaciones, los movimientos convulsivos, la debilidad y profundidad del pulso, el frio de las extremidades.

Quando está complicada con mortificacion, todos los sintomas de estrangulacion se minorizan, y comprehendiendo con el dedo sobre el tumor, queda la impresion.

Los signos pronosticos se deducen de su volumen, de la edad del enfermo, del tiempo que gasto en formarse la hernia, de las causas, del lugar que ocupa, de su simplicidad, ò de su composicion.¹

INSTRUMENTAL

Escalpelo herniario oculto (ver figuras): no pocos lo encomiendan para abrir, y dilatar las hernias encarcerads. En su parte aguda A, està sumergido el escalpelo en una como vayna, ò canal, que deprimiendo la chapa B, se pone en accion, y se levanta. Las letras CCC, señalan el canal que le esconde; DD denota el manubrio de la herramienta. E: clavo que junta la parte de la asa B. F: muelle. La figura 2: demuestra otro semejante escalpelo desde la A à la B, pero que està en accion, y fuera de la canal CC. En la aparte inferior de la canal ay una laminilla en forma de corazon, señalada con la letra D, que sirve para defender, que en la operacion de la hernia encarcerada, no se puedan ofender los intestinos.

La tienta, llamada por los franceses, *une sonde*, de la qual un extremo es casi plano, y sirve para *investigar*, ò registrar las heridas del craneo, y de los huesos. Otro, fortalecido à lo ultimo con un globo pequeño, para registrar los caminos de las heridas, y ulcers. Las que se hacen de **plata** son muy buenas, aunque tambien se hacen de **hierro**, **marfil**, y **huesos de Ballena**.(Tabla I, Letra K y L)

La tienta sulcada, ò **acanalada**, que otros llaman *director*, ò *conductor*, porque rige el escalpelo, ò tixera para cortar las fistulas, ò senos, y que lo que està debaxo: nervios, ò tendones, ò vasos, ù otras partes no se dañen. (Tabla I, Letra M y N y O).

Las espátulas, para tender en lienzo, ò en piel los emplastros.(Tabla I, Letra P).

Las agujas rectas, y **corbas**, para coser las heridas, y ligar las arterias dañadas, y à otros muchos usos.(Tabla I, Letras S, T, V).

Tubulos, fabricado de plata, ò plomo, para sacar de las heridas, y de las ulcers, la sangre, materia, y algunas veces, evaquer la agua de los hydropicos, y la orina de la vexiga¹⁹.

Y D. Bartolomé Serena y D. Antonio Medina, en la LAMINA I nos muestra:

A. Tixeras rectas

B. Navaja, para afeitar y cortar la piel.

C. Tixeras corvas.

D. Escalpelo recto.

E. Pinzas con dientes

F. Escalpelo corvo.

G. Lanceta de sangrar.

H. Lanceta mayor, ó Apostemero, para abrir los abscesos grandes y profundos.

I. Tienta, con canal en medio, que sirve de encaminar por ella el escalpelo, ó tixera, y por la parte superior para levantar la lengua, registrar la boca y cortar el frenillo por su abertura.

K. Una Espatula, para raer las circunferencia de las ulceras, tender los unguentos, y levantar los huesos fracturados del craneo.

L. M. Tientas, ó Sondas, para reconocer las ulceras, y caries de los huesos,

N. Aguja corva mediana, para la Gastrorrafia.

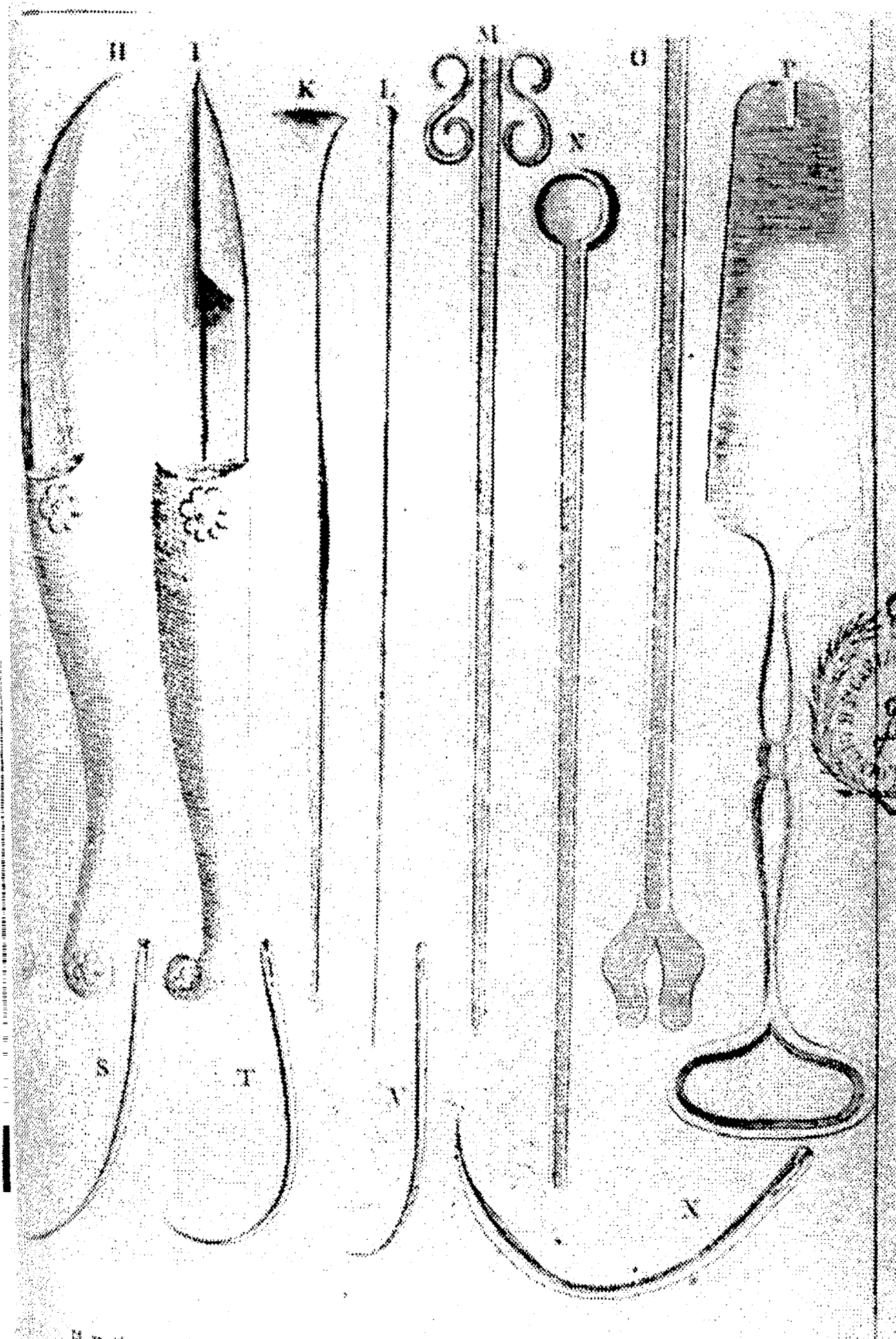
O. Aguja grande.

P. Hilo de plata, ò plomo.

Q. Almohadilla con agujas.

R. Aguja con cintilla enebrada, hecha de hilos encerados unidos.

a a a a a. Agujas.



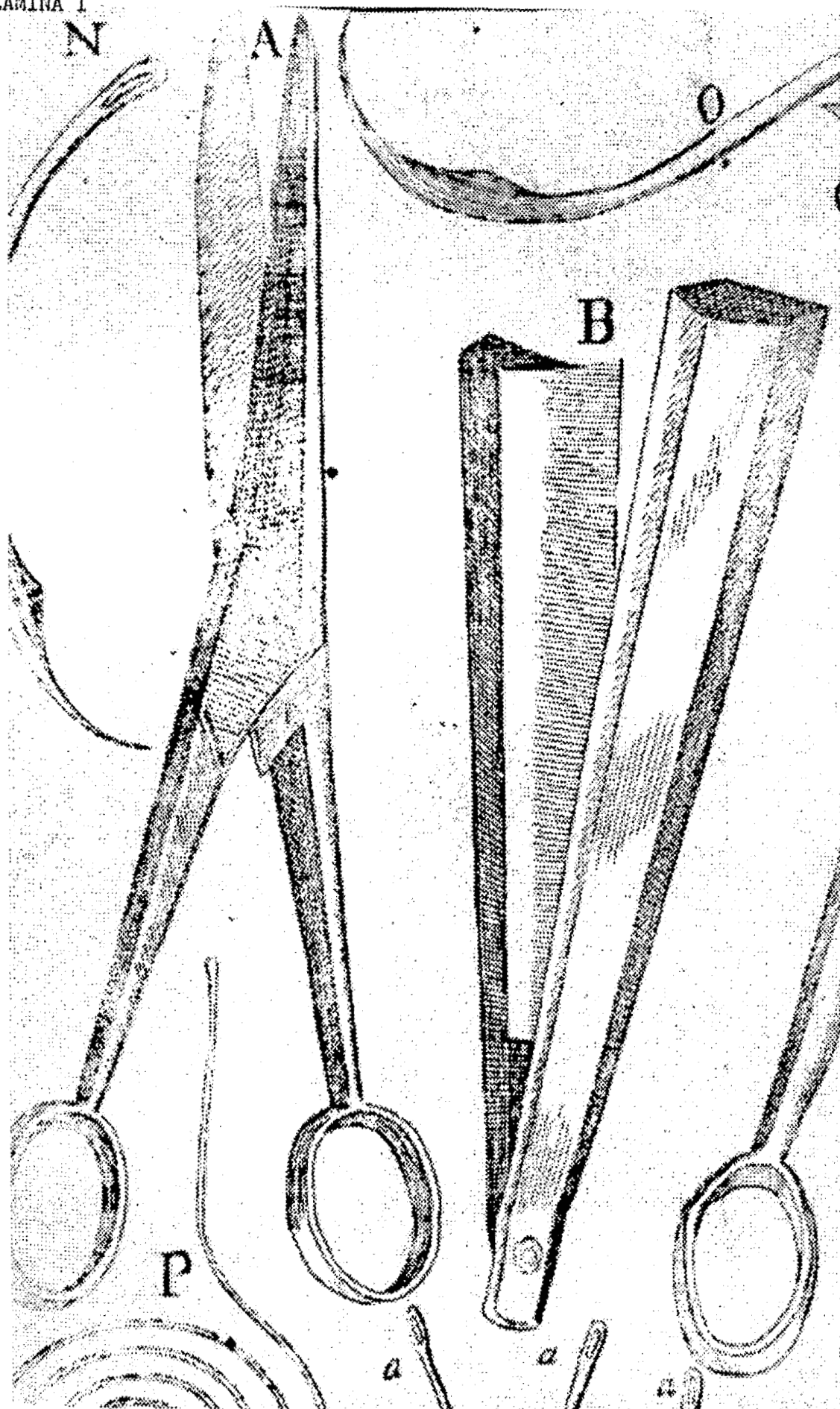
M y N: sondas acanaladas utilizadas en las herniotomias.

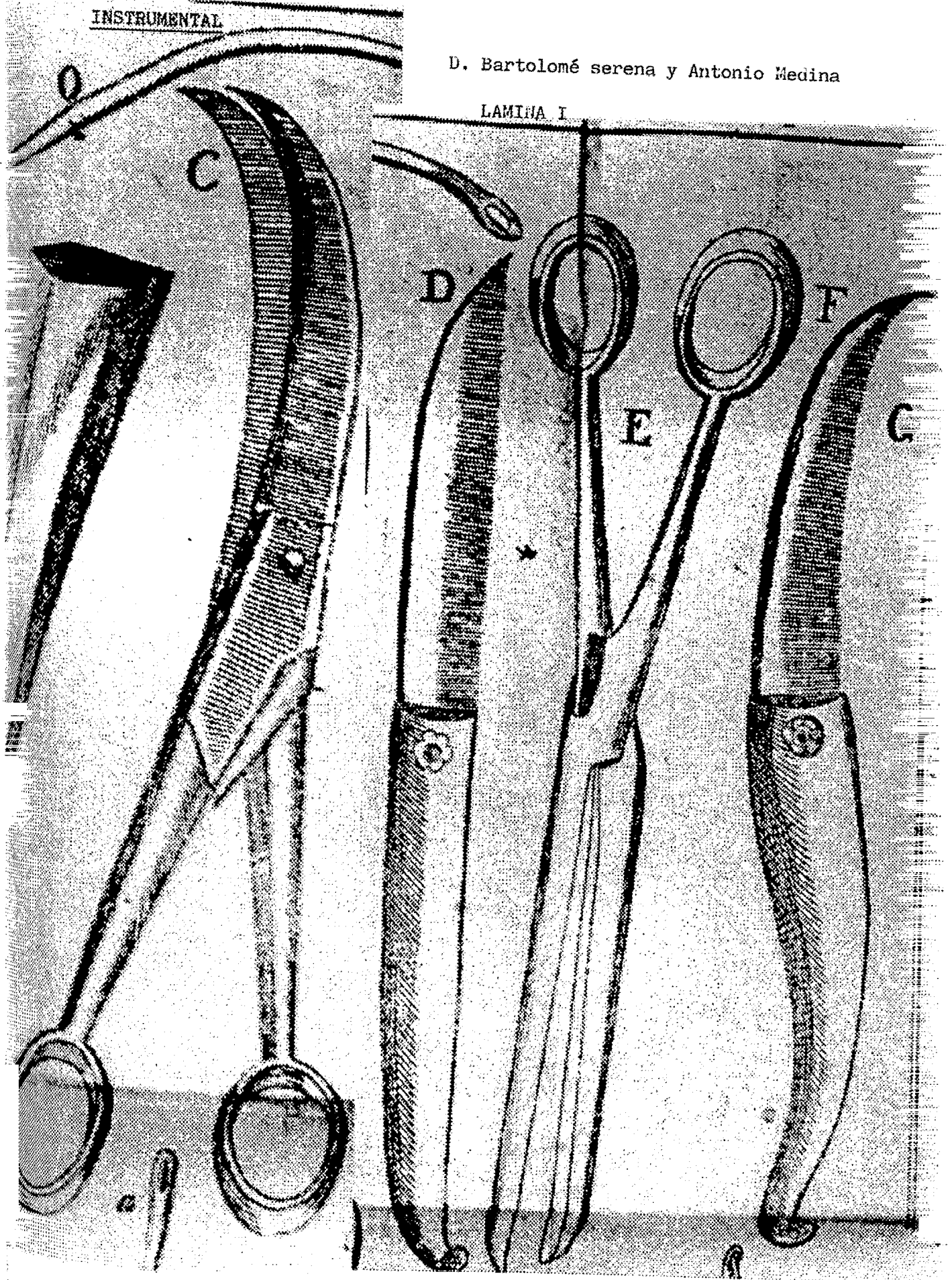
K y L: Tientas.

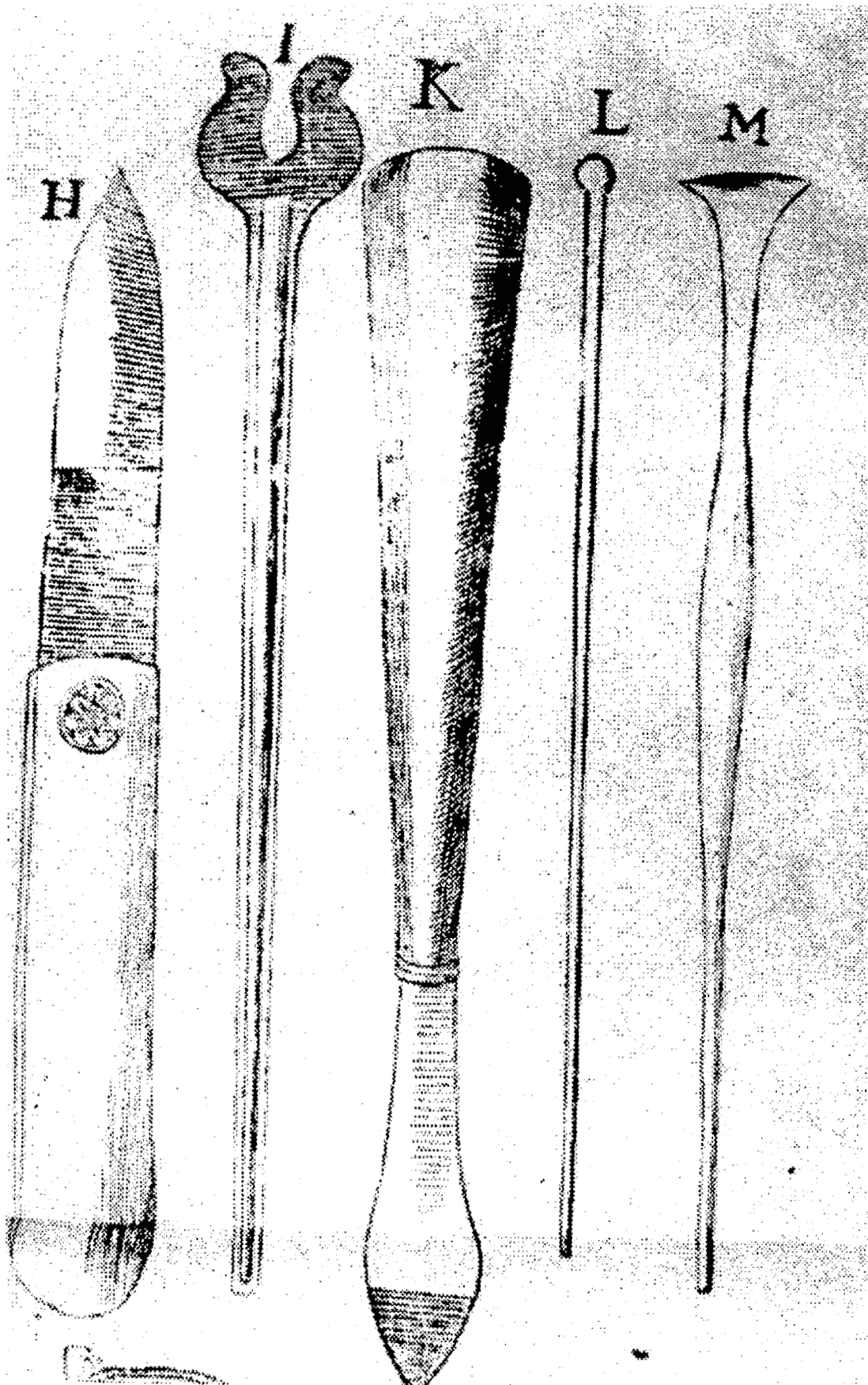
INSTRUMENTAL

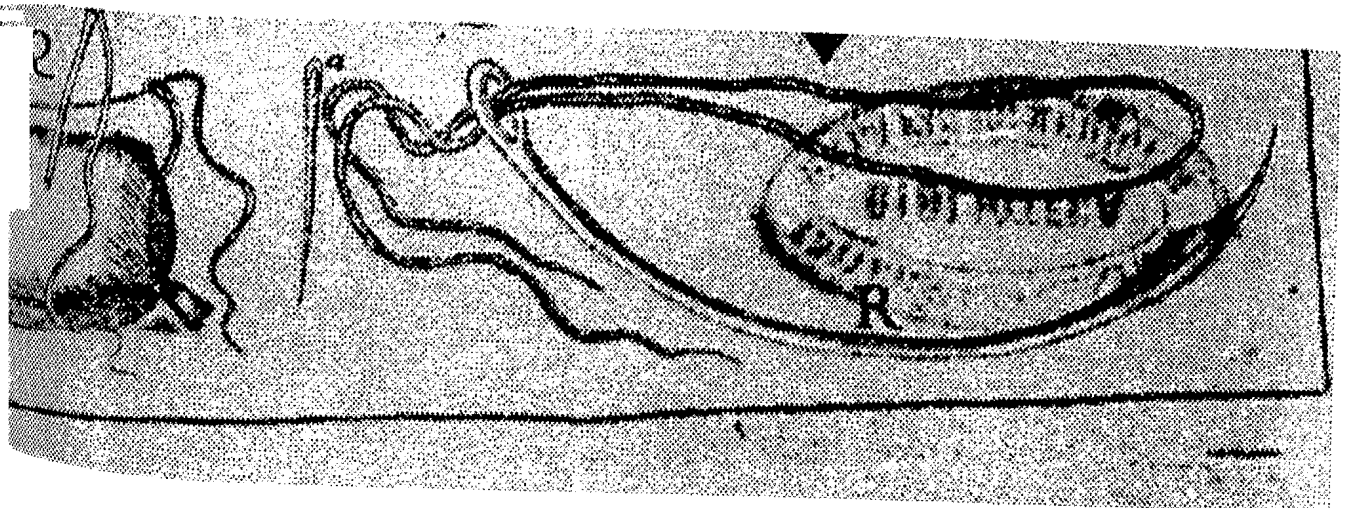
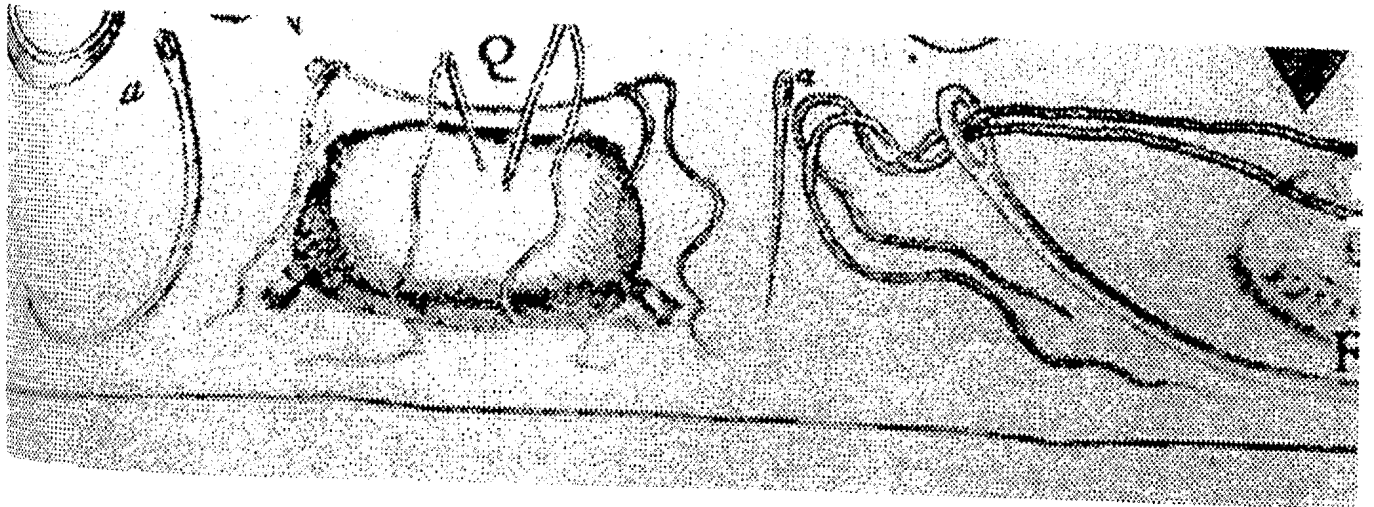
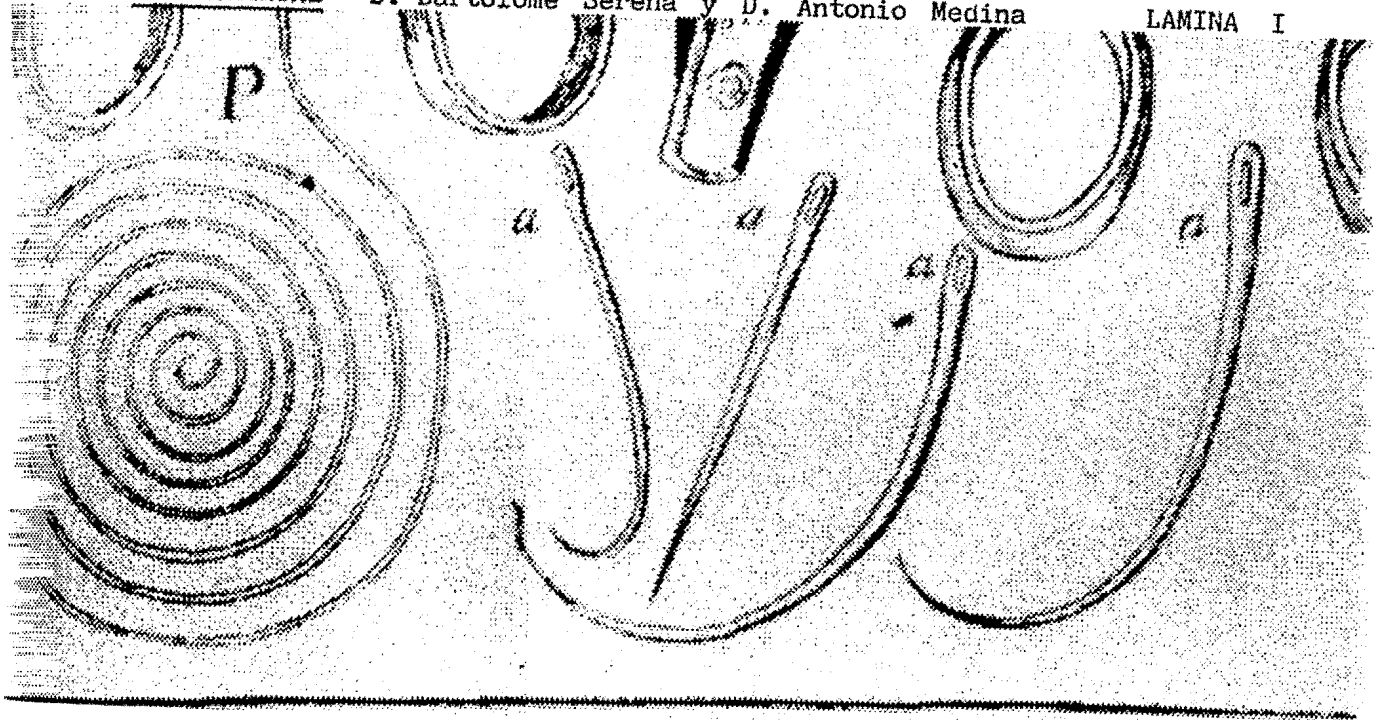
D. Bartolomé Serena y D. Antonio Medina.

LAMINA I









RELACIÓN DE AUTORES DE ESTE ESTUDIO

Siglo XVI

D.Francisco Diaz

Oriundo de Rioseras (Burgos), Doctor por la Universidad de Alcalá; médico y Cirujano del Rey Felipe II. Murió en 1590

En 1575 editó su *Compendio de Chirurgia*^{28 29}

Licenciado D. Juan Fragoso

Juan Fragoso fue un eminente cirujano, toledano; nació en Toledo según confesión propia, aunque parece que sus padres eran o tenían ascendencia portuguesa. Estudió medicina en la Universidad de Alcalá de Henares, donde el 19 de Enero de 1552 recibe el grado de bachiller en Medicina (según se lee en la obra de Luis Muñoyerro sobre la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares. Tras dos años de prácticas, y los exámenes y pruebas, llamadas "la Alphonsina", obtiene el grado de Licenciado en Medicina.

Como era habitual en los cirujanos de aquella época, ejerció su profesión cambiando continuamente de residencia. Acompañó a los tercios españoles fuera de las fronteras patrias. No se sabe cuando regresó definitivamente a Toledo. Atendió a la reina Isabel de Valois de unas fiebres puerperales, y a su esposo el rey Felipe II de unas fiebres, de un ataque de gota en la mano derecha (Abril de 1568), así como en otras ocasiones; en el 1588 Felipe II fue trasladado a Toledo siendo atendido por Fragoso. Fue nombrado Cirujano de la Cámara de la reina Ana, y posteriormente del rey Felipe II.

Escribió la obra "Cirugía Universal" (1581), de la que se hicieron varias ediciones en España y en Venecia. Fue muy consultada durante mucho tiempo, entre otras razones por estar escrito en romance en vez de en latín, siendo mas

accesible en España y en las Indias. También escribió otras obras: "Tratado de las evacuaciones en los casos de Cirugía", "Antidotario de medicamentos", "Suma de las proposiciones de Cirugía", "De las declaraciones que han de hacer los cirujanos acerca de muchas enfermedades y muchas manera de muerte", "De los Aforismos de Hipócrates, tocantes a la Cirugía", "De la naturaleza, calidades y grados de los medicamentos simples":

Falleció en Madrid, el 28 de Mayo de 1597.^{30 31}

Licenciado D. Dionisio Daça Chacón

Nació en Valladolid, a comienzos de XVI, sobre 1503, donde se formó, también en Salamanca. Cirujano de Cámara del príncipe D. Carlos y de Felipe II. Cirujano de la Armada de D. Juan de Austria; estuvo en la batalla de Lepanto.

Escribió **Práctica y Teórica de Cirugia en Romance y en Latín**, en dos partes, que acabó a finales del XVI (en 1580 y en 1595 la segunda parte dedicada al estudio de las heridas), aunque se editó como tal libro único a principios del XVII, en 1628 por la viuda Alonso Martín, en Madrid.³²

Juan Calvo

Lector de Medicina en la Universidad de Valencia.

Autor de "**Primera y Segunda Parte de la Cirugia Universal y Particular del Cuerpo Humano**" (Sevilla, 1580)²⁸

SIGLO XVII

Dr. D. Fernando Infante de Auriolles

Natural de la Villa de Carrión

Fué médico complutense de la familia de la Reina.

Médico de los Reales Hospitales de la villa de Madrid.

Hizo la obra: "Cirugia de Guido de Gauliaco"^{xxvii}, en 1658.

D. Alonso Romano

Fué Cirujano del Rey

Escribió en 1665: "Recopilación de toda la Teorica y la practica dela Cirugia".

Girolamo Fabrizio d'Acquapendente

1533-1619. Italiano. Médico y Cirujano en Padua. Escribió "Opera Chirurgica" ("Crisol de Cirugia" en castellano) en 1613.²⁸.

D. Gerónimo de Ayala

Cirujano de la Corte. Escribió sus "Principios de Cirugia"

D. Francisco Nuñez

Doctor de la Universidad de Alcalá, coautor en el libro de Ayala, añadiendo el texto del Parto Humano.

^{xxvii}. - Guy nació en Chauliac (Francia), a finales del XIII, obtuvo el doctorado en la Escuela Médica de Montpellier; estuvo en Bolonia, París. Ejerció y se estableció en Lyon, donde fué también nombrado canónigo. Estuvo luego en Aviñon en la Corte del Papa Clemente VI.

Su obra Principal es la "Chirurgia Magna"

Siglo XVIII

D. Diego Antonio de Robledo

Fué Médico Principal de la Real Casa Nra. Sra. de Guadalupe.

Regente de la Cátedra de Cirugia de los Reales Hospitales.

En 1703 editó su **Compendio Chirurgico**.

Dr. D. Miguel Juan Pasqual

Fue discípulo de Fuan Falcó en Montpellier.

Tradujo al castellano el libro: "**Teorica y Practica en Cirugia**" de Juan de Vigo^{xviii}, en Valencia 1537, reimpresa en Toledo (1548), y Zaragoza (1581). La última edición fué en 1716.³³

D. Blas Beaumont

Fué Cirujano Real y Demostrador de Anatomia.

Escribió su libro: "**Exercitacione Anatómicas. Esenciales Operaciones de Cirugia**", impresa en 1728.

D. Pascual Francisco Virrey y Mange

Natural de las Pedrosas, Reyno de Aragon, catedrático de la Universidad de Valencia . Escritor publico de Medicina. Académico honorario dela Real Sociedad Médica Matritense. Tratadista de la primera mitad del XVII. No ejerció como cirujano.³⁴

Escribió. "**Manual de Cirugia Práctica. Promptuario Médico**", editado en Madrid en 1743.

Dr. Martin Martinez

Profesor de Anatomia. Médico de Cámara de S. M.

^{xviii}. - Giovanni de Vigo, trabajó en Roma. Cirujano de Su Santidad Julio Segundo.

Tampoco ejerció como cirujano, según Riera³⁴, escribió: "**Medicina Sceptica y Cirugia Moderna**", impresa en 1748. y "**Examen Nuevo de Cirugia Moderna**".

D. Andrés Garcia Vazquez

Fué Colegial Fundador del Real Colegio de Cirujanos de Madrid.
También Cirujano Real.

Tradujo "**Instituciones Chirurgicas y Cirugia Completa y Universal**", de **Laurencio Heister**^{xxix}, de gran difusión en nuestro país; y la primera obra de cirugía traducida realmente importante ³⁴. Impresa en Madrid en 1749.

También publicó en lengua española. "**Critica Synopsis de la Cirugia**", de **Samuel Sharp**, cirujano del Hospital Guy de Londres, impreso en 1753.

D. Bartholome Serena y Antonio Medina

Médicos de la Real Familia de la Reina.

Examinadores del real Tribunal del Protho-medicato.

Por encargo del dicho tribunal confeccionaron el libro: "**Curso Nuevo de Cirugia**", impreso en 1750; de mediocre contenido.

D. Francisco Canivel

Maestro del Real Colegio de Cádiz. Ayudante de Cirujano Mayor de la Real Armada

Realizó la obra: "**Tratado de Vendaje y Apósitos**", impresa en 1763.

D. Diego Velasco: Ayudante Consultor del Ejercito. Maestro del Real Colegio de Cirujanos de Barcelona, y

^{xxix}.-**Laurencio Heister**. Catedrático de la Universidad Juliancense de Hehmstad. Cirujano del duque de Brunsvich y Lunnemburg.

D. Francisco Villaverde: Ayudante de Cirujano Mayor de la Real Armada. Maestro del Real Colegio de Cirujanos de Cádiz.
Ambos son autores del mejor tratado de Cirugia español del XVIII: "Curso Teórico Práctico de Operaciones de Cirugia", impreso en 1763, para los alumnos del Real Colegio de Cádiz.

D. Bernardo Vicente de Carcamo i Zeballos

Tradujo del Latín "La Cirugia de Juan de Munnicks", impresa en 1771.

D. Juan Galisteo y Xiorro

Médico de la Corte.

Tradujo la obra de Jorge de la Fayé: "Principios de Cirugia", impresa por primera vez en Madrid en 1761.

También tradujo: "Aphorismos de Cirugia", de Hermann de Boerhaave, impresa en 1776.

D. Francisco Xavier de Cascaron

Escribió una importante obra. "Suplementos a las Instituciones Chirurgicals de Lorenzo Heister", siguiendo el estilo heisteriano; impresa en 1782.

D. Antonio de Gimbernat

Cirujano de cámara con ejercicio de Su Majestad.

Director del Real colegio de Cirugia de San Carlos de Madrid.

Describe su técnica en el: "Nuevo Método de Operar en la Hernia Crural", impresa en 1793.

D. Pedro Perez

Fué Cirujano del Regimiento de Dragones de Villaviciosa.

Primer Ayudante de Cirujano mayor de los Reales Exercitos.

Socio Honorario de la Real Academia de Medicina de Sevilla.

Socio de Mérito de la Real Academia quirúrgica de Valladolid.

Tradujo el libro: "**Medicina Operatoria**", de **Pedro Lassus^{xxx}**, impresa en
1797.

^{xxx}.-El Ciudadano **Pedro Lassus** fué Profesor de la junta de Sanidad de París.

"O Medico miserable, que por el dinero pones el cuerpo humano à peligro de muerte; el qual, segun leyes, se ha de anteponer a todos los cuerpos de metales. Y siendo esto verdad, cevado con el desventurado interese, quieres matar al quebrado, que cõ su quebradura podria conservarse hasta el ultimo termino de su edad.

Sea pues mi cõsejo, que no toques a hõbre, especialmente de dias, y siendo la enfermedad antigua, sino que le subas las tripas , le põgas un braguero..."

Traducida por Juan Fragoso, Lanfranco^{xxxi}, 1581.

^{xxxi}.- Lanfranco de Milano, siglo XIII; discípulo de Guillermo de Saliceto, en Bolonia: Exiliado a París por motivos políticos, donde tuvo una actividad floreciente en la Cofradia de los Santos Cosme y Damián³⁷.

BIBLIOGRAFIA

1.- de la Fayé, Jorge. *Principios de Cirugia*. Madrid. Imprenta de Pedro Marín, cuarta edición. 1781. Páginas 258-266. Traducido por D. Juan Galisteo y Xiorro.

2.- de Robledo, D. Diego Antonio. *Compendio Chirurgico*. Barcelona. Imprenta Rafael Higuera. 1703. 142-144.

3.- Beaumont, Blas. *Exercitaciones Anatomicas. Esenciales Operaciones de Cirugia*. Madrid. Imprenta del Convento de Nra. Sra. de la Merced. 1728. Paginas 317-326.

4.- Martinez, Martin. *Examen Nuevo de Cirugia Moderna*. Madrid. Imprenta Juan de Zuñiga. 1743. Pagina 124.

5.- Sharp, Samuel. *Critica Synopsis de la Cirugia*. Madrid. Oficina del Mercurio, por Joseph de Orga, impresor. 1753. Paginas 56-77. Traducido por D. Andrés Garcia Vazquez.

6.- Ayala, Gerónimo. *Pricipios de Cirugia, utiles y provechosos, para que puedan aprovecharse los principiantes en esta facultad. En esta ultima impression va añadido el libro intitulado. Del Parto Humano, compuesto por Francisco Nuñez, doctor en la Universidad de Alcalà, y el Tratado de Cirugia, sacado de la Cirugia Universal, que efectivió el Licenciado Juan Fragoso*. Valencia. Por Vicente Cabrera. 1693. 136-140.

7.- Heister, Laurencio. Parte III; Sección V, Cap. XXV-XX. *Instituciones Chirurgicas y Cirugia Completa y Universal*. Madrid. Por Miguel Francisco Rodriguez. 1749. Paginas 60-110. Traducido por Andrés Garcia Vazquez.

8.- Diaz, Francisco. Capítulo Segundo, en el que se trata de las hernias, y de su curación. *Compendio de Chirurgia*. 1575. Pag. 355-365.

9.- Aquapendente, Fabricio. *Crisol de Cirugia*. Madrid. Ivan Garcia Infanzón 1673. Cap. 72, pag. 312-316. Traducido por D. Pedro Gonzalez de Godoy, oficial mayor de la Secretaria de las Lenguas.

10.-Fragoso, Juan. *Cirugia Universal y Completa*. Alcalá de Henares. Casa de Juan Gracia. 1621 (y 1614). Pag. 232.

11.-de Vigo, Juan. *Teorica y Practica en Cirugia*. Madrid. Imprenta de Angel Pasqual Rubio. 1717. Páginas:120-125. Traducido del latín al castellano por el Doctor Miguel Angel Juan Pasqual.

12.- Virrey y Mange, Pascual Francisco. Libro II.Capitulo XIII. *Manual de Cirugia Practica Promptuario Completo*. Madrid. Oficina de Antonio Sanz, impressor del Rey N. S., y de su Real Consejo. 1760. Paginas 303-309.

13.-de Carcamo i Zeballos, Bernardo Vicente. *La Cirugia de Juan de Munnicks*. Valencia. Por Francisco Bur guete, impresor del Santo Oficio. 1771. Paginas 180-189.

14.- Lassus, Pierre. *Medicina Operatoria. Tratado Elemental de las Operaciones de Cirugia*. Madrid, Oficina de D. Gerónimo Ortega y Herederos de Ybarra. 1797. Paginas 65- 148. Traducido por don Pedro Pérez.

15.-Velasco, Diego y Villaverde, Francisco. *Curso Teorico Practico de Operaciones de Cirugia*. Madrid. Imprenta de D. Benito Cano. 1797. Paginas 86-100.

16.- Daza Chacon, Dionisio. Libro Tercero, De los Apostemas en los miembros particulares. *De la Practica y Teorica de Cirugia en Romance y en Latin*. Madrid. Viuda de Alonso Martin. 1626. Pag.571.

17.- Heister, Laurencio. Apéndice. *Instituciones Chirurgicas, Cirugia Completa y Universal*. Madrid. Miguel Francisco Rodriguez. 1749. Pagina 103-137. Traducido por D. Andrés Garcia Vazquez.

18.- de Cascaron, Francisco Xavier. *Suplementos a las Instituciones Chirurgicas de Lorenzo Heister*. Madrid, Oficina de Helenio Santos Alonso. 1782. Paginas 39-41, y 308-328.

19.- Heister, Laurencio. Introduccion y Parte III (Faxas) *Instituciones Chirurgicas, Cirugia Completa y Universal*. Madrid. Por Miguel Francisco Rodriguez. 1749. Paginas 16-118. Traducido por D. Andres Garcia Vazquez.

20.- Infante de Auriolles, Fernando. Cap. Sexto, De las enfermedades de delante del vientre. Libro sexto. *Cirugia de Guido de Gauliaco*. Madrid. Imprenta de Maria Quiñones. 1658. Pagina 316-317.

21.- Romano, Alonso. *De toda la Theorica, y la Practica de Cirugia, muy importante para los practicantes de ella*. En Valencia. Por Benito Macè. Año de 1665. Pagina 41-42.

22.- Serena, Bartolomé y Medina, Antonio. Libro II, Tratado V. *Curso Nuevo de Cirugia, para enseñanza de los que se dedican a esta utilísima Facultad*. Mandado hacer por el Real Tribunal del Protho-medicato. Madrid. Imprenta de Joseph Doblado. 1782. Paginas 398-468.

23.- Heister, Laurencio. Parte I, Libro I, Capítulos VI-IX. *Instituciones Chirurgicas y Cirugia Completa y Universal*. En Madrid. Por Miguel Francisco Rodriguez . 1749. Paginas 107-117. Traducido por Andrés García Vazquez.

24.- Daza Chacon, Dionisio. Segunda Parte, Capítulo xxii, De las Heridas de los Intestinos. *De la Practica y Teorica de Cirugia en Romance y en Latin*. Madrid. Viuda de Alonso Martin. 1626 (y 1678). Pag. 320-328.

25.- Martinez, Martin. *Medicina Sceptica y Cirugia Moderna*. Madrid. 3ª impresion. Imprenta Real. 1748. Paginas 90-91.

26.- Boerhaave, Herman. *Aphorismos de Cirugia*. Madrid. Imprenta de Pedro Marin. 1776. Paginas 406-470. Traducido por D. Juan Galisteo y Xiorro.

27.- Canivel, Francisco. *Tratado de Vendajes y Apósitos*. Barcelona. Teresa Piferrer, viuda. 1763. Paginas 51-54.

28.- Sanchez Granjel, L y Riera, J. *La Cirugia del Renacimiento y la Cirugia del Barroco*. Historia Universal de la Medicina, patrocinada por P. Lain Entralgo. Salvat Editores. 1972. Tomo IV. Páginas. 169-170.

29.- Escribano Garcia, Victor. *La Cirugia y Los Cirujanos Españoles del Siglo XVI*. El Dr. Francisco Díaz. Tip. Lit. Paulino V Traveset. Granada. 1934. Pag. 3-21.

30.- Fortique, José Rafael. *Un Cirujano Español del Siglo XVI*. Maracaibo.

Editorial Universitaria de la Universidad del Zulia. 1968.

31.- Sanchez Capelot, Francisco. *La Obra Quirúrgica de Juan Fragoso*. Salamanca. Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1957. Páginas 397-400; 435-438.

32.- Soriano de la Rosa, Concepción. *La Obra Quirúrgica de Dionisio Daza Chacón*. Salamanca. Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1958. Páginas: 9-11.

33.- Sánchez Granjel, Luis. *Cirugía Española del Renacimiento*. Cuadernos de la Historia de la Medicina Española. Ediciones de l Seminario de Historia de la Medicina Española. 1968. Paginas 13-27.

34.- Riera, Juan. *Los Textos Quirúrgicos Españoles de la Segunda Mitad del Siglo XVIII*. Cuadernos de la Historia de la Medicina Española. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1968. Paginas 10-41.

35.- Bell, Benjamin. Tomo I. *Sistema ó Curso Completo de Cirugia*. Madrid. Imprenta de Manuel Gonzalez. 1797. Paginas 128-181. Traducido por D. Santiago Garcia.

36.- de Gimbernat, Antonio. *Nuevo Método de operar en la Hernia crural*. Dedicado al Rey Nuestro Señor Carlos IV (Que Dios Guarde). Madrid. Imprenta de la Viuda de Ibarra. 1793.

37.- Tabanelli, Mario. Cirugia de la baja edad media. *Historia Universal de la Medicina*, patrocinada por P. Lain Entralgo. Salvat Editores. 1972. Tomo III. Páginas: 313-337.

SEGUNDA PARTE

SIGLOS XIX E INICIOS DEL XX

DEFINICION

El Dr. D. José Ribera y Sans da una definición muy completa, distiguiéndola del prolapso: "...el cambio de posición de una víscera, saliendo de la cavidad que normalmente la contiene á través de una abertura preexistente ó accidental de las paredes de dicha cavidad, y permanecer la víscera herniada cubierta por los tegumentos, excepto en aquellos caso en los cuales hace irrupcion en una cavidad vecina. Y es necesario marcar bien el carácter de permanecer cubierta por los tegumentos, porque de lo contrario se confunde el concepto de hernia con el de prolapso: si la víscera está en contacto con el aire será un prolapso...". Ribera y Sans también refiere la definición de Erichsen: "...Entiéndase por hernia en el sentido lato el cambio de lugar de un órgano de la cavidad en la que está contenido en el estado normal, formando prominencia por una abertura normal ó accidental en la pared de la misma cavidad; si sale por un orificio natural de la parte, no se considera como hernia: el descenso del intestino por el ano no recibe esta denominacion..."¹

Dice San German: "Las hernias inguinales se llaman bubonocelos porque se parecen a los bubones, mayormente cuando son incompletas"².

Roche, y Sanson, traducido por Delgras y Argumosa, nos describe: "Al traves del canal inguinal se efectuan la mayor parte de las hernias del mismo nombre; pero todas las que salen por el anillo no siguen toda la longitud de este canal: algunas penetran en él por otro punto distinto del de su orificio superior. Hay en efecto por dentro y más abajo del orificio superior del canal inguinal, un espacio triangular limitado ácia fuera por la arteria epigástrica, ácia dentro por la parte inferior del músculo recto, y ácia bajo por la parte interna del arco crural, el cual está apoyado en la pared posterior del canal inguinal, y corresponde frente á la abertura del anillo. En algunos casos las fibras de los músculos transversos y pequeño oblicuo se dejan separar por los esfuerzos de las vísceras, y estas, penetrando por el intervalo que aquellas dejan entre sí, salen por el anillo inguinal sin haber por la parte superior del canal. De aqui resultan las dos especies principales de hernias inguinales, de las cuales unas, mucho mas frecuentes que las otras, han sido llamadas oblicuas, porque siguen la direccion del anillo, ó esternas, porque su pedículo está situado por la parte fuera de la arteria epigástrica, y las otras han recibido el nombre de directas, porque pasan directamente de detras ácia delante por la

rasgadura de los músculos pequeño oblicuo y transverso, y por el anillo inguinal; ó internas, porque el cuello está situado en el lado interno de la arteria epigástrica. Hesselbach ha sido el primero que ha disipado las dudas sobre este punto, estableciendo la distincion entre hernias externas e internas³.

Lozano las define: "la entrada de una víscera abdominal en un saco anómalo o divertículo del peritoneo.

FRECUENCIA

Según comenta Braithwaite, traducido por Enrique Camps y Rocha: "Malgaigne dice que uno de cada trece franceses está quebrado, Arnaud uno de cada ocho. En Inglaterra se dice que de cada veinte hombre uno está quebrado"⁴.

Lozano considera que alrededor del 2 al 3 por ciento de los individuos tienen hernias⁶.

CLASIFICACIÓN

Lozano y Olivares las clasifica en:

Punta de hernia: cuando la víscera asoma al conducto inguinal.

Bubonocèle: cuando ocupa toda la extensión del conducto inguinal.

Hernia escrotal: cuando las vísceras herniadas descienden al escroto.

Comenta Olivares que en las adquiridas el saco herniario es siempre independiente de la vaginal

A su vez se divide en:

Externa u oblicua externa: las hernias que salen por la fosa externa. Son las más frecuentes. La fosa externa está situada externa a los vasos epigástricos. Las hernias se colocan siempre en el interior del cordón espermático, en contacto del conducto deferente y de los vasos rodeados por la fibrosa común; es decir *intrafuniculares*, como dice Juaristi, (llamándose *perifuniculares* cuando el saco es independiente del cordón, como ocurre en las internas y en las medias.⁵ Cuando el saco es una persistencia del conducto peritoneovaginal, Ribera y Sans las llama *hernias vaginales*.

Internas u oblicua interna: las que salen por la fosa interna o fosa suprapubiana o vesicopubiana. Está situada entre el cordón fibroso de la arteria umbilical y el uraco. Es difícil de diferenciar de las medias.

Medias o directas: las que salen por la fosa media. Dicha fosa está situada entre los vasos epigástricos y el cordón fibroso de la arteria umbilical, empujando la fascia transversalis, y penetrando por debajo de los músculos transversos y oblicuo menor, para introducirse en el conducto inguinal; su nombre directa lo debe al hecho de que la fosa peritoneal y el orificio exterior del conducto inguinal están situados sobre una línea recta; lo que anatómicamente lo distingue es que no se introduce en el cordón.

También define las *hernias por deslizamiento*: cuando los órganos que forman el contenido de la hernia no entran de una manera directa, sino que se desliza por las paredes abdominales, bajo el peritoneo, y entran en el conducto inguinal⁶.

ETIOLOGIA y PATOGENIA

Roche y Sanson, traducido por Delgras y Argumosa, nos dice: "...en los hombres, en los cuales el canal inguinal es mas ancho, son mas frecuente que en las mugeres, y señaladamente en aquellos que por su profesion tiene que estar en pie, y hacer esfuerzos violentos en esta situacion; son tambien muy frecuente en los soldados de caballeria; tambien estan muy espuestos á padecerlas los religiosos que tienen el hábito de cantar de rodillas, es decir en una postura en que las aberturas estan relajadas"³.

D. José Ortiz de la Torre expone la teoria de Championnière:

" El desarrollo de las hernias consiste en toda alteración que forme oquedad en los planos serosos deslizantes intrabominales. La presión abdominal, que tiende á empujar los órganos contra las paredes que los contienen, hacen á éstos resbalar contra el interior de estas mismas paredes, á condición de que el revestimiento seroso permanezca uniformemente tenso en su superficie, y esto aunque los planos músculo-aponeuróticos presenten huecos ó puntos más débil de resistencia; porque cuando el peritoneo tenso basta para que los empujes viscerales resbalen y no hagan hundimiento en la oquedad ó el intersticio muscular.

Cuando por el contrario, se forma un pequeño infundíbulo en la entrada de los conductos normales, esto sirve de cebo á la formación de una hernia"⁷.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lozano divide las tumoraciones inguinales en reductibles e irreductibles.

"Las tumoraciones reductibles son: el absceso pótico y el hidrocele bilocular o comunicante; ninguno de los dos tiene el sonido timpánico que tiene la hernia, la hernia se reduce por sacudidas o grados, mientras el absceso se reduce de una vez, el hidrocele comunicante lentamente sin sacudidas.

Los antecedentes y síntomas de la columna vertebral servirán para diagnosticar el absceso pótico.

El testículo ectopiado tiene reductibilidad algunas veces, pero se diferencia en que es duro y redondeado, doloroso, falta el testículo en el escroto y no tiene sonido timpánico.

Las tumoraciones irreductibles pueden ser hidroceles, ganglios inguinales abultados y tumores sólidos.

El hidrocele tiene transparencia a la luz artificial. Dice Olivares que también es reductible el hidrocele congénito, aunque de una manera lenta⁸.

Los ganglios aumentados de volumen suelen ser múltiples, no están en el conducto inguinal, y casi siempre es posible encontrar una causa.

El sarcoma crece rápidamente y carece de sonido timpánico, como el fibroma⁶.

El varicocele según nos dice Olivares: "el varicocele, al igual que el epiplocele, es un tumor pastoso que en ambos casos es reductible; pero una vez reducido, el varicocele rapidamente se reproduce, aun cuando con el dedo se haya obturado el orificio inguinal, aun sin necesidad de obligar al enfermo a hacer un esfuerzo; mientras que el epiplocele se reproduce de arriba abajo y mediante un esfuerzo (no haciéndolo estando obturado el orificio inguinal), el varicocele se reproduce de abajo a arriba⁸.

TRATAMIENTO

TAXIS

San German la define como: " La colocacion de las partes que forman la hernia á su sitio natural sin otro auxilio que el de la mano"².

Posición

San German aconseja: "En las hernias inguinales y crurales se acostará el enfermo de espaldas con piernas y muslos doblados, el pecho y la cabeza inclinados adelante para que los musculos del abdomen estén laxos, y el anillo inguinal mas elevado que la cavidad del vientre"².

Malgaigne, traducido por Salazar, nos describe semejante posición: "Se coloca al enfermo de modo que queden relajados á la vez los músculos del abdomen y la abertura por donde pasa la hernia. Se le pone pues echado de espaldas, con los hombros y la cabeza sostenidos por dos almohadas, la pélvis elevada y aplicado un travesero por debajo de las corvas para mantener doblados los muslos y las piernas.

Comenta posiciones de épocas anteriores:

Echar al enfermo con la cabeza baja y las nalgas elevadas.(Pareo).

Se suspende al enfermo por los pies y por las manos, con el cuerpo vuelto y la cabeza colgando hácia abajo, y se le comunican sacudimientos repetidos. (Fabricio Aquapendente).

Se suspende al enfermo con la cabeza hácia abajo y las rodillas dobladas sobre los hombros de un hombre fuerte, y se le mantiene en esta posición por mas ó menos tiempo, comunicándole de cuando en cuando algunos sacudimientos. Esta posicion se ha modificado dejando descansar la cabeza y el pecho sobre una cama en lugar de tenerlo suspendidos en el aire.

Se hace que se apoye el enfermo sobre los codos y las rodillas, con el vientre hácia abajo y la cabeza inclinada entre los brazos, y al cabo de un medio cuarto de hora siente que el intestino vuelve á introducirse por sí mismo (Winslow).

Se hace echar al enfermo del lado opuesto á la hernia, cuya introducción basta á veces para que se introduzca espontaneamente. (Dalesme)"⁹.

Preparación para la Taxis

Antes se hará orinar al enfermo; y si al cuarto de hora no se reduce, se aplicarán sobre la hernia los repercusivos bien frios. Si estos no obran pronto, se pasa a los emolientes, como á las embrocaciones, cataplasmas, baños, sangrias, clisteres lacsantes, purgantes ecoproticosⁱ y narcoticos; enemas estimulantes con vino emetico turbio y los del humo de tabaco algunas veces han aprovechado..."².

El Dr. Diaz y González también aconseja la sucusionⁱⁱ, las ventosas, unturas resolutivas, el frio, los baños, las evacuaciones sanguíneas¹⁰.

La punción y aspiración de la hernia para extraer los gases es inútil y peligroso, según nos dice Le Fort, traducido por Corominas y Sabater: "...porque, cuando no haya sido posible reintroducir los gases y materias líquidas, se puede afirmar que el obstáculo á la reduccion no depende ni de estos líquidos ni de aquellos gases, sinó de la extraordinaria estrechez de la estrangulacion ó adherencias, y por lo tanto la reduccion del intestino tampoco será posible cuando, despues de haberlo vaciado por la puncion; y es peligroso porque no puede dejar de serlo una herida por pequeña que sea en un intestino que tratamos de reducirlo"¹¹.

Algunas Técnicas de Taxis

Le Fort, traducido por Corominas y Sabater, la divide en *taxis ordinaria* y *taxis forzada*.

Describe diversas variaciones de la *taxis ordinaria*:

"Lo que se hacia en el siglo XVIII:

Dionis ordeña simplemente el tumor con los cinco dedos y se comprima suavemente.

Ledran fué el primero que aconsejó rodear la raiz de la hernia por debajo del anillo con dos ó tres dedos de la mano izquierda y "sobar" el resto del tumor con la otra mano para ablandar y desleir las materias endurecidas.

i Ecoprótico: Laxante.

iiSucusión: Método hipocrático que consistía en sacudir el tronco del enfermo, sujetándolo por los hombros.

J. L. Petit pasaba una mano por debajo del muslo, y rodeando el anillo con la otra colocada sobre el vientre, reunía las dos manos para circunvalar y comprimir el tumor.

Goursaud, despues de haber abarcado el tumor entre las dos manos, lo dirigia hácia arriba, hácia abajo, y le daba vueltas en diferentes sentidos, lo atraía un poco hácia sí, como si quisiese prolongar el asa del intestino y procurar mayor espacio a las materias; y por último lo comprimía lateralmente procurando dirigir las materias oblicuamente hácia el hueso ilíaco.

Richter aconsejaba coger el tumor con una mano, de suerte que su base se apoye en la palma, y en esta disposicion, se levanta y lo empuja hácia el anillo, si esto no es suficiente lo empuja en todas las direcciones posibles. Indica otro que tiene por objeto hacer penetrar ante todo las partes constreñidas en el anillo; para lo cual coloca uno ó dos dedos cerca de éste, á los lados del saco herniario, en cuya disposicion se empuja hácia dentro las partes subyacentes, pimero con suavidad, y despues con fuerza cada vez mayor; procediendo así desde el momento que se ha alcanzado reintroducir una porcion aunque sea pequeña, la restante penetra por lo regular sin dificultad.

Veamos lo que á todo ésto ha añadido el siglo XIX:

Sabater establece que la impulsion debe variar segun la direccion del trayecto, y que en la hernia inguinal es preciso dirigir las presiones hácia arriba y afuera en la direccion del anillo.

Boyer quiere que se procure reintroducir primero la porcion del intestino más próxima al anillo.

Velpeau prescribe que se reduzcan primero las partes que salieron las últimas.

Seutin, obrando sobre el anillo inguinal mismo, introduce en él el índice empujando la piel del escroto por debajo de la piel de la hernia, y dilata y desgarrá este anillo á fin de ensanchar la via de reintroduccion de los intestinos ⁱⁱⁱ.

Todas estas maniobras son calificadas por **Le Fort**, traducido por **Corominas y Sabatier**, como empíricas o teóricas, y algunas peligrosas, como el "sobamiento o el amasamiento", o el desgarramiento de **Seutin**. Nos razona: "El gorgoteo que anuncia la

iii.-Es similar a la técnica del Dr. Diaz y González.

reduccion es esencialmente producida por la entrada de los gases ántes que el intestino haya cambiado de lugar; una presion suave ejercida sobre todos los puntos del tumor, produce la expulsion de estos gases por la única salida que encuentran. Las maniobras de **Dionis** y **J. L. Petit** son, bajo este punto de vista eminentemente racionales; los movimientos hácia arriba, abajo, y las rotaciones de **Goursaud** son absurdos. Lo único que hay que hacer es dejar el paso libre, y por lo tanto no conviene empujar la masa de la hernia contra el anillo, porque ella misma lo cerraria, y por esto apruebo la aplicacion de los dedos de la mano izquierda como aconseja **Ledran**, á fin de adelgazar el pedículo de la hernia y dar en cierto modo, al saco herniario la forma de embudo. Es alguna veces útil, cuando la hernia contiene epiploon, impeler hácia dentro las partes situadas cerca del anillo, como lo hace **Richter**...

...A menudo la practico con éxito de la manera siguiente:

Colocado al lado del enfermo y vuelto de espalda hácia su cara, cojo la hernia con la mano derecha apoyando la muñeca por encima del anillo y doblando los dedos por debajo del escroto; en esta disposicion comprimo gradualmente, atrayendo la hernia hácia el anillo.

Cuando la hernia es muy pequeña, pero permite que aun sobresale por fuera del anillo, se comprime por encima con el pulpejo de los dedos; pero como quiera que la estrangulacion tiene lugar casi siempre en el cuello del saco y al nivel del orificio interno, el cirujano no debe insistir mucho en la reduccion.

Cuando la hernia estrangulada es intersticial, todo se reduce á hacer presion sobre el conducto inguinal; pero con todo no tengo noticias de que jamás se haya obtenido la reduccion.

Por lo general no conviene prolongar la táxis más de veinte á treinta minutos, y es tambien regla mas general aun no ejercer presiones excesivas, y por el contrario, como aconseja **A. Cooper**, debemos esperar mas de la perseverancia que de la violencia¹¹.

Roche y **Sanson**, traducido por **Delgras** y **Argumosa**, comenta: "En algunos casos es mejor pasar la mano que debe abarcar la base de la hernia por debajo del muslo del lado correspondiente. Los esfuerzos que se empleen en la reduccion se dirigirán oblicuamente de dentro á fuera, y de abajo á arriba cuando la hernia es esterna y oblicua; deben por el contrario repelerse la vísceras de abajo á arriba, y directamente de delante á atras cuando es interna, ó cuando siendo esterna tiene un pedículo muy

ancho³.

Taxis Forzada

Corominas y Sabatier, traduciendo a **Le Fort** nos comenta: "Amussat, y **Lallemand**, cirujano de la *Salpêtrière* continuaban la taxis durante dos, tres, cuatro horas y mas; á fin de aumentar gradualmente la intensidad de la reduccion, hacian que le auxiliaran uno ó mas ayudantes para comprimir el tumor con dos, tres, cuatro ó seis manos á la vez. **Lisfranc**, partidario de la taxis forzada, vió dos casos en que el intestino se abrió, muriendo rapidamente el enfermo. Á fin de disminuir el peligro trató de establecer la absurda regla de no intentar la taxis despues del cuarto dia de estrangulacion. Recientemente **Gosselin** aplica por lo menos sobre la hernia cuatro manos, no prolonga la táxis mas allá de treinta a cincuenta minutos, y no la intenta en las hernias inguinales despues del tercer dia de estrangulacion...

...La taxis forzada es un método que ha dado deporable resultados: contusiones de los intestinos, desgarrros producidos por la excesiva presion, la vitalidad comprometida de esta misma víscera; reduccion en masa del saco y del intestino estrangulado"¹¹.

Modo de Practicar la Taxis

Le Fort, traducido por **Corominas y Sabater**, nos lo explica:

"...Casi siempre el cirujano empieza la táxis propiamente dicha, es decir, trata de rechazar el intestino á la cavidad abdominal. Esto es un error: si se propusiese á un cirujano hacer pasar una vejiga de cerdo llena de agua á través de una sortija, empezaría por vaciarla, compriméndola hasta que todo el líquido haya salido por la pequeña abertura de la uretra, y únicamente entonces, intentaría realizar la maniobra.

Lo mismo ocurre con el intestino: no es posible hacer pasar á través de un anillo estrecho un intestino lleno de gases ó líquidos, es necesario vaciarlo previamente, y para ello no es indispensables la puncion. Es preciso coger la hernia entre los dedos de las dos manos, estrechar con una de ellas la porcion inmediata al anillo, para que no se produzca el fenómeno del agujero del naipe en el experimento de **O'Beirn**, y comprimir con la otra la hernia cogida con toda la mano, pero sin movimiento alguno de taxis. Esta presion tiene por objeto y produce el efecto de reintroducir lentamente á través de la

pequeña abertura que corresponde al anillo constrictor el contenido del intestino.

Cuando la parte inmediata al anillo, es decir, cuando la parte que salió ultimamente, ha sido vaciada, algunos movimientos de malaxación^{iv} harán pasar á ella el contenido de las partes mas lejanas, por lo cual es preciso continuar la misma forma de presión.

Mientras esta evacuación previa no se haya podido alcanzar, podemos estar seguros que las tentativas de taxis no daran resultado alguno. Esta evacuación del contenido del intestino de la hernia es imposible cuando el anillo constrictor es en tal grado estrecho; es natural que esta víscera no podrá salvar u orificio por el que no pudieron pasar líquidos ni gases. El desbridamiento es entónces necesario. Otras veces, á pesar de haber tenido lugar la evacuación, no es posible reducir el intestino, probablemente á causa de adherencias al saco"¹¹.

COMPLICACIONES DE LA TAXIS. SUS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Reducción en masa

Se define en la Enciclopedia Internacional de Cirugía de **Ashhurst** como la conversión de la extrangulación externa en interna, durante las maniobras de reducción, persistiendo los síntomas.

Clínica

"...el tumor se desliza sin producir el menor gorgoteo; examinando el conducto, éste está abierto, y no se nota en él indicio alguno de saco, y haciendo toser al enfermo se suele notar un tumor redondeado en la parte superior; pero estos síntomas pueden

iv Malaxación: maniobra de amasamiento con el fin de ablandar.

faltar, y sólo persistencia del estreñimiento, vómitos fecaloideos, el aumento del timpanismo, y el agravarse el estado general, permitirá reconocer este estado. Se impone la intervención..."¹².

Descripción de la evolución de un caso de reducción en masa

"...Un hombre de 52 años se hallaba trabajando, cuando sintió en su ingle derecha un dolor muy vivo. Trasladado a su domicilio, le vió un médico que dijo que tenía una hernia crural, cuya reducción intentó sin conseguirlo. La familia llamó á un individuo que no era médico, y dijo que era un infarto de un ganglio linfático, y dispuso la aplicación de varios ungüentos sobre la región, que cada vez se iba poniendo más tumefacta, rubicunda y dolorosa, al mismo tiempo que el vientre se abultaba, el enfermo no defecaba; en esta situación pasa dos días, al cabo de los cuales se presentan vómitos estercoráceos; y todos los síntomas de la oclusión intestinal.

El intruso modificó su diagnóstico, intentó efectuar la taxis, y con tan mala suerte, que introdujo dentro de la cavidad abdominal la totalidad del tumor que en la ingle se observaba, sin obtener mejoría.

Transcurridos veinticuatro horas de esto, vió al enfermo el Dr. Puig; en la región crural derecha había una escara gangrenosa de unos diez centímetros de diámetro, en cuyo alrededor estaban los tejidos tumefacto, rubicundos, y dolorosos al tacto. En vista de esto se levantó la escara, y se produjo la salida de una cantidad inmensa de materias fecales y gases infectos, que demostró que la masa intestinal estaba gangrenada, y que había establecido adherencias con las paredes abdominales.

Para inmovilizar los intestinos se dispuso opio, se lavó el trayecto con cocimiento de quina fenicado al 1 y 1/2 po 100. Al día siguiente el estado general no se había modificado, pero la peritonitis no se había generalizado; por el trayecto fistuloso manaba gran cantidad de excrementos, y los vómitos habían desaparecidos. A los seis ú ocho días, habían desaparecido todos los síntomas de peritonitis, el enfermo había defecado, y los tejidos inflamados alrededor del trayecto habían recobrado su aspecto ordinario. Transcurridas diez semanas, el orificio de la fistula estercorácea tendía á cicatrizar, y el curso del intestino estaba libre; limitado el tratamiento á la limpieza y compresión ligera, cicatrizó espontaneamente en el espacio de 30 días más.

El Dr. Puig' ha tenido ocasión de ver un año después al enfermo, que se

El Dr. Puig' ha tenido ocasión de ver un año después al enfermo, que se encontraba perfectamente curado¹³.

Ribera y Sans considera contraindicada la taxis en las hernias que previamente eran irreductibles, y en aquellos enteroceles cuya extrangulación pase de 24-36 horas; si la hernia extrangulada contiene epiplon además de intestino, éste queda protegido por aquel, pudiendo intentarse la taxis pasadas 48-60 horas. No se debe emplear más de ocho a diez minutos. También comenta Ribera y Sans que se puede intentar la taxis bajo el efecto del cloroformo¹².

Estallido del intestino

Lozano nos comenta esta complicación, sobre todo si la taxis es practicada por curanderos empleando fuerza y tiempo⁶.

Ya Lozano, en 1929, comenta: "La taxis de las hernias extranguladas es casi *monopolio del médico rural*...ningún cirujano podrá olvidar las terribles consecuencias de mucha tentativas de taxis que se han descubierto en la mesa de operaciones: ¡cuántos desgarros de intestino, flemones estercoráceos, peritonitis, ileos!. De ningún modo se practicará en: 1º Las estrangulaciones de larga fecha; 2º Cuando hay manifestaciones inflamatorias; 3º En las extrangulaciones elásticas (esto es, hernias pequeñas, anillo herniario pequeño, estrangulación aguda, síntomas de estrangulación; 4º Cuando se practicado enérgicas tentativas de reducción, y 5º Cuando el diagnóstico es dudoso...Todo médico cuidadoso, ni aún cuando la taxis parezca haber tenido éxito, abandonará a su enfermo inmediatamente"⁶.

Las indicaciones de la reducción incruenta de una hernia estrangulada han ido reduciéndose cada vez en el curso de estos últimos veinte años, gracias a la seguridad de nuestros métodos operatorios y, sobre todo a la posibilidad de operar con anestesia local. Hoy día la taxis está únicamente autorizada: 1º en las grandes hernias con estrangulación estercorácea; 2º en las estrangulaciones recientes, durante las primeras horas; 3º en individuos en los cuales, aun cuando se practique con anestesia local, toda

v.-Dr. Puig y Falcó (Revista de Ciencias Médicas, de Barcelona). D. Rafael Ulecia y Cardona. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Madrid. 1885. Páginas 206-207.

operación será peligrosa, como por ejemplo en viejos, niños muy pequeños, enfermos del corazón, nefríticos, etc.⁶.

Taxis Elástica

Nos la describe **Dubruell**, traducido por **F. Ossorio y Bernaldo**, y **M. Gómez Pamo**: "...ha sido empleada la primera vez por **Maisonneuve**. Aplica una venda de lienzo sobre el abdomen. Sobre ésta asegura una venda de caoutchouc que conduce de adelante atrás y de atrás adelante pasando sobre la hernia y subiendo cada vez hasta la cintura. Se dejan aplicadas durante dos ó tres horas¹⁴.

Es un método condenado por **Le Fort**, salvo que se emplee con suavidad y prudencia, habiendo observado una hernia que estaba esfacelada é infiltrada de gases cuando el cirujano levantó en su presencia la venda de caoutchout . También considera peligrosa la presión efectuada con objetos de mucho peso¹¹.

Taxis Mecánica o Compresión

Ossorio y Bernaldo, y **Gomez Pamo**, traduciendo y completando a **Dubruell** dicen: "**Lannelongue** ha recurrido á lo que llamaré la táxis mecánica, que se reduce á aplicar sobre la pared abdominal al nivel del pedículo de la hernia un saco que contenga tres kilogramos de mostacilla de plomo"¹⁴.

Compresión

Dice **Malgaigne**, traducido por **Salazar**: "Algunos han aconsejado aplicar sobre el tumor una plancha de hierro, un pedazo de plomo ó una vejiga llena de mercurio. **M. Velpeau**, en un caso de entero-epiplocele enorme, que no habia podido reducir completamente, introdujo todo el tumor en un suspensorio forrado con compresas, y llegó a ejercer una compresión exacta y bastante fuerte que le rebajó á una mitad durante la noche y facilitó el éxito de la taxis"⁹.

TRATAMIENTO PALIATIVO

BRAGUEROS

Dubrueil, traducido por Bernaldo y Pamo, nos describe en 1875, un braguero: "En todo braguero hay una parte destinada á aplicarse sobre el orificio de salida de la hernia; ésta es la pelota, formada en general por una chapa metálica ó escudo, que mantiene una almohadilla convexa rellena de crin, lana ó borra de seda, y cubierta de gamuza, tela, ó caoutchouc llenas de aire, y pelotas duras de madera ó marfil.

En el caso de hernias irreducibles podemos servirnos de un vendaje de pelota cóncava llamado vendaje de cuchara.

La forma de pelota varía segun los casos. Es elíptica, circular, triangular, en pico de cuerno, etc.

Está sostenida por una porcion cuya disposicion está en relacion con el género de presion que se quiere hacer. Así es que hay vendaje de presion floja, de presion elástica, y de presion rígida.

En los vendajes de presion floja, la pelota está sostenida sencillamente por una correa no elástica.

Los vendajes de presion elástica comprenden pos vendajes de resorte metálico y los vendajes no metálicos. En los aparatos de presion rígida, las pelotas se sostienen por un vástago metálico rígido trasversal, encorvado, segun las necesidades, y á los extremos del que vienen á implantarse las dos mitades de un cinturon posterior.

Se ha recurrido á estas diferentes especies de vendajes, segun las necesidades; los aparatos de presion rígida no se usan más que en los casos en que la contencion de la hernia exija una gran fuerza, y los de presion floja no sirven sino para aquellos que no pueden soportar otro. En la inmensa mayoría de los casos se recurre á los de presion elástica¹⁴.

D. José Ribera y Sans explica. "...Puede conseguirse con la aplicacion de un cinturon herniario: Todo braguero, para ser aceptable, debe ejercer una presion suficientemente fuerte para retener los intestinos dentro del abdomen, debiendo la pelota comprimir, no sólo la abertura externa, sino tambien el conducto herniario en toda su longitud, lo cual se consigue por la forma y por el volumen que se le dé á la pelota..."

Refiere las diferentes Clases de Bragueros:

Braguero Francés (figura 1): tiene un resorte arrollado en espiral hacia su extremidad terminal, sobre sus caras y sus bordes, formando parte del cinturón¹. **Dubruel** lo explica mejor: "En el braguero francés el resorte consiste en un cinto ó arco metálico que va desde la hernia á algunos traveses de dedo más allá de la columna vertebral; rodeando la cadera del lado enfermo. Se continúa con el escudo ó cuadrado metálico de la pelota torciéndose á la vez segun sus caras y su bordes, de modo que el escudo esté situado más bajo que la otra extremidad del aparato, que termina por una correa de cuero, continuacion de la guarnicion, y que va por el otro lado á fijarse en un boton fijo en la cara externa de la pelota. Otra correa que pasa por debajo de la nalga, y viene igualmente á fijarse al aparato, sirve para sostenerle en su lugar.

Para las hernias dobles, el braguero francés se compone de dos bragueros unidos por detrás por una pieza que descansa sobre el sacro y por una correilla de cuero que va de una á otra pelota. Este aparato está provisto de dos correas que pasan por debajo de la nalga.

En el **Braguero Inglés** (figura 2) el resorte está formado por un arco metálico elíptico, encorvado segun sus caras, pero no segun sus bordes, que va desde la hernia al sacro, pasando por el lado sano. A cada extremidad del resorte se adapta una pelota que le está unida por medio de un eje y que puede inclinarse en todos los sentidos. La pelota posterior que se apoya sobre el sacro es ancha y redondeada.

En las hernias inguinales, cualquiera que sea la variedad del braguero, la pelota es elíptica, triangular, ó en pico de cuervo. En los casos de hernias oblicuas, la pelota debe comprimir no solamente el anillo inguinal externo, sino tambien toda la extension del conducto, y en este caso debe aplicarse una pelota elíptica. En la hernia directa se emplea una pelota triangular. Por último la pelota de pico de cuervo se utiliza en las hernias escrotales difíciles de contener¹⁴.

Ribera y Sans sigue comentando: "el braguero Inglés se compone de dos pelota fijas á los dos extremidades de un resorte de acero, no arrollado en espiral, sino representando un segmento de elipse; y el vendaje en que el resorte está colocado en la pelota misma sin formar parte del cinturón.

Pudiendo ser las pelotas convexas ó cóncavas, redondas ovaladas, triangulares, etc.; de goma llena de agua ó aire, de cautchut vulcanizado, de marfil¹.

Aparato del Dr. Bourjeaurd

Dubruell, traducido por Ossario y Bernaldo, y Gomez Pamo nos comenta: "En los individuos que no pueden soportar un resorte metálico se puede recurrir á los aparatos del Dr. **Bourjeaurd**, que están constituidos por un cinturon elástico que abraza todo el abdómen, y formado de tiras de caoutchouc unidas entre sí. Debajo de este cinturon y al nivel de la hernia se coloca una pelota horadada de caoutchouc, recubierta de piel de gamuza. La pelota está llena de aire y comunica con un tubo y un depósito de aire igualmente de caoutchouc. Este depósito está fijo al aparato, de modo que corresponda á la nalga del enfermo, para que cuando éste se sienta, la compresion que ejerce sobre el depósito determina la llegada de una cantidad de aire mayor á la cavidad de la pelota. En Francia este braguero se usa especialmente para los niños¹⁴.

Braguero Herniario de Van-Praag (figura 8)

Continua Ossorio y Bernaldo, y M. Gómez Pamo, traduciendo a Dubruell: "También ha inventado Galante para los niños un aparato que se designa con el nombre de braguero herniario de **Van-Praag** (de Leide) (Fig. 1), y que se compone de una placa metálica que abraza la porcion anterior de la pélvis, con una escotadura inferior al nivel de la línea media y una prolongacion de cada lado. Este aparato está envuelto en caoutchouc vulcanizado y provistos de pelotas de aire tambien de caoutchouc. Se fija en un cinturon de la misma materia que abraza las partes laterales y posteriores del tronco¹⁴.

Morales Pérez aconseja el braguero de Dupré (Fig. 6 y 7) , y el de Von Praags; este último tiene las ventajas de no producir una presión dolorosa, como acontece con los que tienen fuertes armaduras metálicas y resortes de acero de mucho temple; y protege las dos regiones inguinales¹⁵.

El braguero de Dupré lo describe Dubruell: "En los casos en que sea preciso ejercer una gran presion nos servimos del braguero rígido de Dupré, en el que un vástago de hierro de direccion generalmente transversal, colocado en la parte anterior de la pélvis, sostiene la pelota ó pelotas, y está fija por un cinturon de cuero que abraza la parte posterior del tronco y cuyas dos mitades se reunen por medio de una correa. Los dos extremos del vástago rígido son verticales ú oblicuos.

En los casos de hernia doble, el vástago rígido presenta tres curvaturas, una media de concavidad inferior, y dos laterales de concavidad superior. Las pelotas están fijadas sobre láminas que forman un triángulo y son parte del aparato. Un tornillo que pasa á través de este triángulo va á engranar á una tuerca fija al escudo de la pelota, y de esta manera se puede hacer girar sobre su eje antero-posterior y detener en tal ó cual punto del triángulo. Una correilla de cuero que parte de cada lado del borde inferior del cinturón posterior va á fijarse á un botón que presenta la cara externa de la extremidad vertical del vástago y permite balancear las pelotas. El vástago tiene tales dimensiones, que el punto de apoyo se toma en la región lumbar y las caderas no sufren compresión."¹⁴.

Para **Morales Pérez** las condiciones de un buen braguero son: "que no sea muy pesado; que comprima en la dirección del eje del conducto por donde sale la hernia; que haya una fuerza compresiva en el aparato sostenida por un vendaje ó resorte, que obre con costancia en virtud de una propiedad intrínseca, cual acontece con la elasticidad"⁴.

Malgaigne, traducido por **Salazar**, también nos habla del braguero del **Franco Condado**, en el cual el cinturón está flojo y el muelle se halla en la misma pelota.

Malgaigne continua explicando: "A los resortes de los vendajes inglés y francés, se aplican pelotas duras ó blandas, de marfil, de madera, de crin, ó de goma elástica, ó llenas de viento, fijas ó movibles. Un examen atento de este particular me ha dado por resultado:

1º.-Que las tres cuartas partes de las hernias están mal contenidas por cualquier vendaje que se aplique de modo ordinario.

2º.-Que es preferible el resorte inglés.

3º.-Que las pelotas movibles ofrecen ventajas en un gran número de casos.

4º.-Que en la hernia inguinal oblicua, debe apoyar la pelota sobre el trayecto del conducto y sobre el orificio interno, sin tocar el pubis, a no ser algunos casos excepcionales.

5º.-Que en las hernias directas la pelota debe ser mayor, estar fija y apoyar sobre el pubis.

6º.-Que las pelotas duras son mejores para comprimir el conducto y las blandas para las hernias directas.

7º.-Que es muy urgente que los cirujanos fijen su atención sobre este ramo importantísimo, que se halla abandonado hace tanto tiempo a los ortopedistas."⁹.

La compresion por medio de un Braguero. Cura Radical

"Existe acuerdo unánime en todos los tratados clásicos en que la cura radical en muchas hernias se obtiene con el uso prolongado del braguero..." Ribera y Sans cita a Nelaton, Bardeleben, Schmid, Segond, Duplay, y Gosselin; dichos autores son del mismo parecer, sobre todo en los niños. En éstos lo fundamenta en: "...la tendencia que tienen las hernias de la infancia á la curacion espontánea, que se manifiesta cuando el contenido de la hernia permanece dentro de la cavidad abdominal durante largo tiempo, ya que la persistencia del conducto peritoneo vaginal evoluciona á su desaparicion, sino está dificultada por la presencia de una hernia en su interior, lo que se facilita con la reduccion y el braguero.

En los adultos consideran raro la cura radical pasados los veinticinco (Langenbeck), treinta (Duplay), ó treinta y cinco años (Segond). Gosselin admite dos maneras de curacion en los adultos: la reduccion en masa del intestino, epiplon y saco hemiario, y reduccion de las viscera herniadas y modificacion del saco.

En la reduccion en masa la única manera como se puede comprender la curacion es que una vez reducido el saco los pliegues que constituye el cuello desaparece, cesa su fruncimiento, y el saco deja de existir, fenómeno que sólo puede ocurrir en las hernias recientes, de cuello extensibles; porque cuando el cuello es inextensible, no se consigue la reduccion aunque desaparezca el tumor, pudiendo dar origen á una "extrangulacion interna".

Cuando se reduce la hernia, permaneciendo el saco, se cura por retraccion del cuello del saco; da por resultado a el "stigmata" de J. Cloquet: estrechándose el cuello del saco hasta su completa obliteracion, ó dejando en su centro un pequeño conducto, por el que se puede, a veces introducir un estilete; el saco puede subsistir, ó puede sufrir adherencias el trayecto y el saco, por fenómenos análogos á la inflamacion, desapareciendo la cavidad. En los epiploceles irreductibles, el braguero determina adherencias del epiplon al saco¹.

Aplicación del Braguero

Tiempo de aplicacion

En los niños se aconseja que lo tenga puesto hasta complete el periodo de crecimiento, y en los adultos durante mucho tiempo.

El braguero no se suspenderá de una manera intastánea: al principio se quita durante la noche, y sólo cuando haya completa seguridad se prescindir de él por completo, "si al toser, estornudar, ó en cualquier otro esfuerzo, palpando con el dedo el orificio herniario, no se nota la menor tendencia del intestino á salir, la curacion puede considerarse completa"(Berdeleben). Es verdad que a veces hay que llevar el braguero durante diez y veinte años¹.

Modo de aplicar la compresion

Debe seguirse el precepto de A. Cooper que la pelota debe obrar sobre toda la extension del conducto inguinal, puesto que si sólo comprimiera el anillo inguinal anterior, la entrada del conducto inguinal se iría dilatando, pudiendo originarse extroflecciones laterales del saco herniario (Bardeleben).

Se considera como punto menos que el imposible la curacion radical de la hernia crural por medio de los vendajes¹.

Indicaciones de los distintos Bragueros

Dubruel, traducido por F. Ossorio y Bernaldo, y M. Gómez Pamo nos lo resume:

"En los casos ordinarios y en los adultos es preferible el braguero francés.

Para los que ejecutan movimientos extensos de los miembros inferiores; en los que montan á caballo es mejor el braguero inglés, porque se separa mas facilmente. En los caso ordinarios el braguero inglés tiene el inconveniente de que el resorte es muy fuerte; podria usarse para las hernias que tiene gran tendencia á salir; pero en este caso es preferible el de Dupré.

En los niños podremos recurrir á los aparatos de Bourjeaud y Galante; pero vale un braguero de resorte metálico, debiendo ser la fuerza del resorte apropiada.

En los niños pequeños, en que el contacto de la orina deterioraria la guarnicion del aparato, se puede emplear braguero recubiertos de un barniz análogo al que entra en la composicion de las sondas de goma.

Despues de aplicado el bragueru, debemos asegurarnos de que contiene bien la hernia durante los esfuerzos en todas las posiciones posibles.

El bragueru deberá estar aplicado en lo posible noche y dia, ó por lo menos, si se quita de noche, es preciso tener la precaucion de colocarle al levantarse.

Las hernia irreductibles y voluminosas se contendrán con un suspensorio...

La cura radical puede obtenerse en la infancia y en la juventud por la aplicacion continua de un bragueru bien hecho con la condicion de que la hernia ni sea muy voluminosa y los anillos no estén muy dilatados"¹⁴.

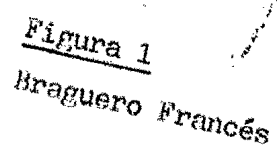


Figura 1
Braguero Francés

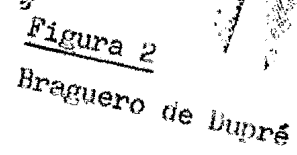


Figura 2
Braguero de Dupré

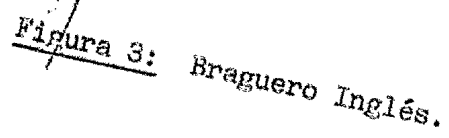
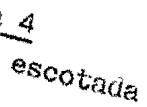


Figura 3: Braguero Inglés.



4
escotada

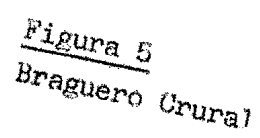
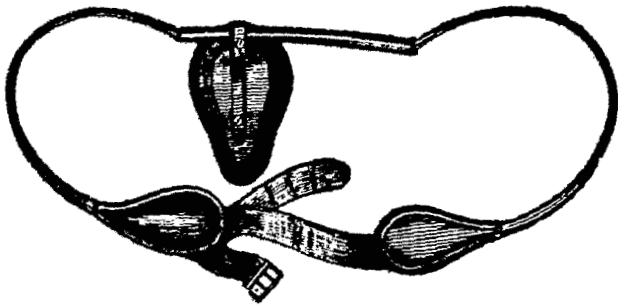


Figura 5
Braguero Crural



Figuras 6 y 7

Bragueros de Dupré
para hernia simple y
bilateral.

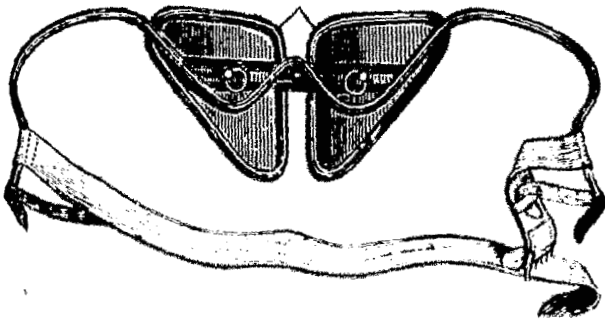


Figura 8

Braguero de Von Praags.

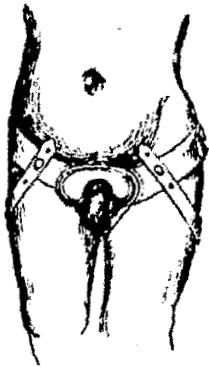
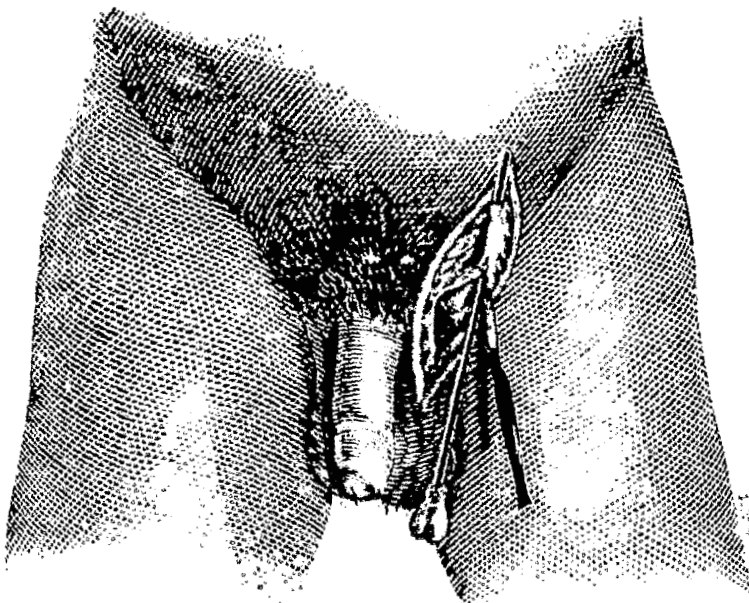


Figura 9

Operación de Quelotomia.



DE LOS MÉTODOS OPERATORIOS EMPLEADOS PARA OBTENER LA CURA RADICAL DE LAS HERNIAS

Concepto

El Dr. José Ribera y Sans comenta respecto a la cura radical: "...De ahí que todos los cirujanos estén hoy contestes en que la actividad quirúrgica sólo puede dirigirse contra el saco, contra el orificio de salida, contra ambos á la vez, es decir, ó se procura la obliteracion del cuello del saco y de su cavidad, ó la obliteracion de la abertura herniosa. Sería bello ideal, no sólo curar, sino impedir la presentacion de una nueva hernia en el punto en donde existió la primera; es forzoso confensar que no hay ningun método que prevenga las recidivas, que tal vez, más que recidivas no son más que nuevas hernias..."¹.

Clasificación

D. José Ribera y Sans los divide en:

- "...Métodos que obran poco á poco

- Las Operaciones propiamente dichas.

Al primer grupo pertenece: la posicion supina, los medicamentos, y la compresion.

La posicion supina, citada por Fabricio Hildano y Arnauld, debe desecharse.

Ciertos medicamentos astringentes y tónicos, de uso externo, ó interno, deben desecharse¹.

PREPARACIÓN OPERATORIA

D. José Ortiz de la Torre considera que: "es conveniente dejar en la mayor vacuidad el canal intestinal, por medio de purgantes oleosos, y hasta intentar alguna antisepsia, administrando naftol, salol, y otra sustancias análogas que puedan disminuir las fermentaciones intestinales; esto hace que pueda paralizarse el peristaltismo intestinal durante los primeros días que sigue á la operación, con los opiados. Al propio tiempo, la calma intestinal beneficia al enfermo, evitando los movimientos que originarían las deposiciones. Yo tengo por costumbre comenzar por bañar al enfermo en agua jabonosa la antevíspera de la operación. La víspera toma 30 gramos de aceite de ricino en ayunas, y durante el día se alimenta con caldos, leche y vinos en porciones moderadas, alternando con algunos sellos de carbón naftolados. Desde doce horas antes se suspende toda alimentación para evitar los vómitos de cloroformo. Media hora antes de administrar este anestésico se pone una inyección hipodérmica de un centigramo de cloruro mórfico, solo ó unido á la esparteína ó atropina. Momentos antes de la operación pueden hacerse las demás preparaciones de aseo y asepsia, como son: el rape de la región y el lavado y desinfección más rigurosa"⁷.

El Dr. Cardenal considera que: "la más rigurosa antisepsis es esencial"¹⁶.

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS PARA OBTENER LA CURA RADICAL¹

El Dr José Ribera y Sans, también referido en la Enciclopedia Internacional del Dr. Ashhurst¹², los divide en tres grupos:

Primer grupo.- los constituidos por un proceso inflamatorio ó cicatricial, para cerrar:

-el cuello y el orificio herniario: la ligadura, la castracion, la cauterizacion^{vii}.

-todo el saco: las inyecciones iodadas, de alcohol, la acupuntura, la

vi.-*Obliteracion*, para Ortiz de la Torre. Dicho autor conoce unos ochentas procedimientos⁷.

vii.- La cauterización es considerada por Morales Pérez, como un procedimiento que expone a accidentes y complicaciones¹⁵.

introduccion de un sedal ó de un cuerpo extraño susceptible de ser absorbido, las escarificaciones.

Segundo Grupo.-Se intenta cerrar la cavidad herniaria con un tapon orgánico con ó sin sutura del orificio.

Tercer Grupo.- Los llamados procedimientos modernos: operaciones directas con incision de los tegumentos, para poner a descubierto la hernia y el trayecto herniario.

Inyecciones Periherniarias

Empleadas por primera vez por **Luton**, quien usaba solucion de sal marina saturada en frio. **Schwalbe** (1876) usaba alcohol al 70%. **Heaton y Warren** extracto de corteza de encina, **Ranke** inyecciones con sublimado^{viii}.

En España se ha practicado inyección subcutánea de alcohol puro, bien en el interior del conducto inguinal, bien en el interior del saco, procedimiento propuesto por **D. Manuel Casas**, de lo cual el **Sr. Perez Ortiz** publicó cuatro observaciones en la Revista de Medicina y Cirugia Prácticas; en una de ellas se formó un flemón, y los cuatro casos se consideraban curados al mes de la operación³.

En cuanto a su eficacia, **Ribera y Sans** considera: "útil el procedimiento en las hernias pequeñas, recientes, ó de la infancia; y como precisamente estas hernias se curan con los vendajes, y como las inyecciones herniarias no están libres de peligro y no produce un efecto seguro, sólo con grandes reservas se pueden aceptar, sin que tampoco, en vista de los éxitos obtenidos, hoy por hoy se pueda rechazar por completo, y mucho menos si se acepta como indica **Segond**, para coadyuvar el efecto de los vendajes..."¹

Inyecciones en el interior del saco

Como dice **Ribera y Sans**: "...Su objeto es provocar una inflamacion adhesiva en las paredes del saco; es indudable que la idea de **Velpeau** al aplicar tintura de iodo al tratamiento radical de las hernias, es debida al éxito que dicho autor tuvo en el hidrocele: **Schreger** ha utilizado inyecciones de vino rojo y aire, **Walther** la sangre

viii.-**D. José Ortiz de la Torre** comenta que algunos autores han empleado incluso de 10 a 200 inyecciones espaciadas en uno a cuatro años de tratamiento. Puede esperarse algunos resultados en jóvenes y en hernias muy pequeñas.

humana, **Pancoast** la tintura de cantáridas; **Jobert**, para tener la seguridad que el líquido se inyecta en el saco, incinde las cubiertas y lo inyecta directamente. **Dubruel** comenta que **Ricord** se servía de una larga cánula que atravesaba la bolsa de parte a parte; esta cánula tenía en la parte media un orificio, por el que pasaba un vástago articulado, que por la libertad de sus movimientos, indicaba que este orificio estaba dentro de la cavidad del saco. Para que pasase la inyección al saco tapaba la extremidad de la cánula¹⁴.

Las recidivas son numerosas, tanto que **Segond** afirma que no hay un solo caso de curación definitiva, y puede dar origen a graves accidentes que han producido en algún caso la muerte: peritonitis, flegmasia supurativa del saco, supuración difusa¹.

También **Morales Perez** considera que las inyecciones iodadas en el saco expone a temibles accidentes y complicaciones¹⁵. **Ortiz de la Torre** dice que "entre nosotros, creo que justificadamente se han empleado muy poco. Menciona también las inyecciones periherniarias de cloruro de zinc¹⁷.

Introducción de Cuerpos Extraños en el saco

"...Belmas introduce filamentos de gelatina secos en el interior del saco, para que determine una flogosis adhesiva; obtuvo cinco curaciones de diez veces que lo aplicó; lo más probable es que las curaciones deben atribuirse al braguero (**Bardeleben**). **Mosner** coloca en el conducto herniario un sedal durante quince á veinte días, tiene por objeto provocar una inflamación supurativa. Con **Bardeleben** y **Segond** se puede decir que el número de hechos observados es poco para poder asegurar la eficacia, que es método que debe considerarse como peligroso¹.

Escarificaciones

Ribera y Sans describe el método de **Rust** en que las escarificaciones se hacen en el interior del saco; o el de **Velpeau**, **Guérin**, **Cardan**, que lo hacen sobre los anillos fibrosos. **Segond** no menciona más que tres casos: dos de **Velpeau**, y uno de **Guérin**; "En estos tres casos no ha habido accidentes; la obliteración del conducto inguinal se ha obtenido"¹.

Procedimiento de Guérin.-

Malgaigne, traducido por **Salazar**, nos explica: "Echado el enfermo en la cama con los dos muslos en semiflexión, y la pelvis y las partes superiores un poco bajas, se

hace primero la reducción de la hernia; el operador coge en seguida en un pliegue transversal la piel de la parte interna é inferior de la ingle, del pubis, y de la raiz del escroto, y la conduce de abajo arriba hasta el nivel del orificio del conducto. En la base de este pliegue introduce un bisturí de figura de lanza por encima y por fuera del cordón espermático, que un ayudante retira hácia abajo y afuera; por esta incisión se introduce un miotomo convexo, redondeado y obtuso por su vértice y cuya hoja tenga una pulgada de largo y una línea ó línea y media de ancho y se continua con una varilla no cortante de dos pulgadas. Introducida la hoja entera en el conducto, se corta primero oblicuamente de atrás adelante y de dentro afuera, á una profundidad casi de media pulgada, asegurándose antes por el tacto de la posición del cordón, que un ayudante debe mantener siempre bajo. Se vuelve la hoja y se corta de por arriba y por debajo en el ángulo interno, lo más cerca posible del pubis, las partes tensas formadas por las divisiones del ligamento de Falopio y las fibras del grande oblicuo que en él se terminan. Finalmente se hace en el trayecto del conducto varias escarificaciones superficiales en los puntos intermedios entre las tres lesiones principales.

Estas diferentes secciones, cada una de las cuales debe tener media pulgada de estensión, y que ocupa una parte del conducto, solo debe interesar la aponeurosis del grande oblicuo y estar por consiguiente limitadas al plano superficial del conducto y al orificio esterno.

En un solo caso se ha practicado esta operación, duró seis minutos. Despues de la espulsion del aire y de la sangre contenida en la herida, se cierra la picadura exterior, y se aplican sobre el trayecto del conducto compresas sujetas con una espica y ocho dias despues con un vendaje. A los veinte y un días pudo levantarse el operado; al cabo de cinco semanas abandonó el vendaje, y mes y medio despues la hernia no habia aún presentado la menor tendencia á reproducirse."⁹.

Acupuntura

"...No son más que procedimientos de sutura:

Bonnet atraviesa con agujas especiales el saco herniario y las deja colocada seis á doce dias, hasta tanto que la inflamacion sea bastante viva, y que las cabezas posteriores empiecen á ulcerar la piel. De once operados: cuatro curaciones, dos muertos y cinco sin resultado.

Platchestky y Mayor modificaron el procedimiento para hacerlo inocuo, evitando la herida del saco , á cuyo efecto pasaba la agujas ya anteriormente, ya por detrás del saco, dejando libre el cordon espermático, y dando un número mayor ó menor de puntos de sutura ensortijada, con lo cual determinaban simplemente la compresion del cuello del saco, pero sin llevarla á producir necrosis de los tejidos é intentando quedarse en los límites de felgmasía adhesiva. Mayor confesó que la **recidiva** había sobrevinido en la mayoría de los casos..."¹.

INVAGINACIÓN

Fundado en el procedimiento de **Gerdy**: es la **transplantación de un tapón cutáneo al orificio herniario mediante la invaginación de la piel del escroto**, invaginando la piel escrotal en el interior del conducto herniario.

La piel se fija:

- Por medio de puntos de sutura.
- Se mantiene mediante un instrumento que se deja colocado en el "dedo de guante" que forma la invaginación escrotal.
- Otros, además, intentan gangrenar los tejidos, mortificar la piel, para obtener una cicatriz firme¹².

Invaginación mediante sutura

"...Una vez reducida la hernia, se empuja la piel del escroto, de abajo arriba, en el interior del conducto inguinal, los más arriba que sea posible, dejando por detrás el cordon, que se sujeta en esta posicion por medio de una sutura; los fenómenos consecutivos que se observan son: tumefaccion inflamatoria que termina por supuracion; los hilos se quitan entre el tercero y el octavo dia. Resulta que el principal resultado del procedimiento de **Gerdy** no es la formacion de un tapon que obture el trayecto herniario, sino la inflamacion que despierta, y que es lo que produce la obliteracion de la cavidad..."¹.

Malgaigne, traducido por **Salazar**, describe el procedimiento de **Gerdy** (ver

figura): "Los instrumentos necesarios son una aguja corva con un ojo en su extremidad y montada en un tubo fijo y sólido; seis cañones de pluma ó tubos de sonda como para la sutura enclavijada; un frasco de amoníaco concentrado y un pincel para aplicar el cáustico; seis ligaduras dobles.

Echado el enfermo, dirige el cirujano su dedo índice izquierdo por debajo del origen anterior del escroto, empuja la piel hasta el conducto inguinal á tanta distancia como sea posible; la aguja enhebrada con un hilo doble la dirige por encima del dedo índice hasta el fondo de esta especie de saco, hace salir la punta, de modo que queden atravesadas, la piel invertida, la pared anterior del conducto y el tegumento de la pared abdominal. En cuanto sale el ojo de la aguja al exterior, se suelta un cabo de la ligadura que se halla fuera y se retira el instrumento enhebrado con el otro cabo, atravesando con él los mismos tejidos, de modo que vaya á salir a una media pulgada del punto por donde salió la primera vez; en seguida se suelta del mismo modo el otro cabo del hilo. Entonces el fondo de saco formado por la piel vuelta del escroto, queda detenido en el conducto, por medio de un asa de hilo, se desdoblan los hilos al exterior y se atan los de un lado sobre un cañón de pluma de 6 líneas de largo y los del otro en otro segundo cañón, resultando un primer punto de sutura enclavijada. Se dan otros dos puntos de la misma manera.

Hecho ésto, moja el cirujano el pincel en el amoníaco concentrado, y dirige el cáustico al fondo de saco formado por la piel del escroto, repitiendo hasta que quede destruida la epidermis, con lo cual queda terminada la operacion.

La inflamación se apodera de esta piel privada de epidermis, y sus dos superficies supuran y llegan á adherirse, del dia séptimo al octavo. Se quitan los puntos y queda obliterado el conducto"⁹.

Invaginación por medio de un instrumento

Parece que la idea pertenece a Leroy d'Etiolles, en 1835; la mayoría de las operaciones derivan del procedimiento de Wutzer (1838), como el procedimiento del Dr. Egea¹.

Procedimiento del Dr. Egea¹⁴

Se utiliza como instrumental un dedal metálico cilíndrico, de base biselada, con una perforación en su fondo, por donde pasa un sedal, el cual también pasa por un botón metálico, perforado, manteniendo, una vez colocado, el dedal en la invaginación de la piel escrotal, al quedar dicho botón metálico en el fondo del dedal (ver figura). La colocación del enfermo es preferible que sea sentado en los pies de la cama, con las extremidades inferiores apoyadas sobre un taburete. Una vez reducida la hernia, y asegurado que no hay nada interpuesto, mientras se mantiene la reducción con un dedo introducido en el trayecto inguinal, el cual entra en contacto con la cara interna de la pared abdominal, se pasa el sedal (compuesto de 6 u 8 hilos fuertes), enhebrado en una aguja lanceolar ligeramente encurvada en su punta, y provista de un agujero cerca de la misma, y de una lámina de acero que la envaina y que desliza fácilmente hacia abajo para descubrir la aguja; se pasa dicho sedal por la piel invaginada, pared aponeurótica anterior, atravesando la pared abdominal; se pasa el dedal, que reemplaza al dedo, y se encaja a nivel del orificio herniario, y se fija con el sedal, cuyo extremo superior se fija a un botón². Se fija el dedal también lateralmente con unos puntos, por cuatro ranuras que tiene en sus paredes. Se coloca una espica inguinal que comprima. Al sexto día se retira el sedal, el dedal es mantenido en posición por los puntos laterales, y sobre todo por la inflamación vecina ("flemón superficial"). A los seis u ocho días posteriores se retiran dichos puntos y el dedal. Se continúa con la cura de las ulceraciones, y con la espica^{3 1}.

Se han hecho modificaciones del dedal, como la del Dr. Cortezo, cuyo dedal tiene la base biselada y las hendiduras laterales son dos en vez cuatro, y mas anchas (en la zona inferior de la figura); el Dr. Morales Perez que utiliza un dedal cuatrivalvo, permitiendo modificar la amplitud^{12, 15}.

ix.- El Dr Egea fué decano del Hospital de la Princesa. También fué médico de la Beneficiencia General del Hospital Jesús Nazareno de Madrid según cuenta el Dr. J. Corominas y Sabater y A. Morales Pérez, en la obra: "Manual de Medicina Operatoria por J. F. Malgaigne(traducida y suplementada).

x.-Morales Pérez dice que, según el procedimiento original del Dr. Egea, el sedal se fija aun corchete de un vendaje de cuerpo con dos vendoteles que pasa por los hombros. El Dr. Cortezo anuda el sedal sobre un broche de pasta, no precisando el vendaje de cuerpo¹⁵.

Ribera y Sans refiere su método combinado en que utiliza el sedal de **Mösner** y un aparato invaginador que mantiene sin suturas. Aconseja quietud durante diez días, y privar al enfermo su habitual alimentacion durante dos ó tres días por precaucion de accidentes que puedan sobrevenir.

No se puede realizar dicho procedimiento en las hernias incipientes, y en las de anillo muy estrecho, pues es difícil obtener y mantener la inflamacion. De aquí la necesidad de tener dedales numerados segun sus diámetros y longitud para utilizarlo segun los casos¹.

OTROS PROCEDIMIENTOS QUE BUSCAN, NO SÓLO LOS FENÓMENOS DE INFLAMACION PARA PRODUCIR ADHERENCIAS, SINO SE PROVOCA ADEMÁS LA MORTIFICACION DE LOS TEJIDOS

Tales son los procedimientos de **Leroy**, **Valette**, y **Langenbeck**.

El procedimiento de **Valette** es mixto de invaginacion y cauterizacion: "es el empleo de un cáustico destinado á mortificar los tegumentos, en lugar de intentar el desarrollo de la inflamacion adhesiva por el simple contacto de un cuerpo extraño" (**Segond**). La cauterizacion se hace de dentro afuera, debe ser lo bastante intensa para que destruya á la vez la pared del conducto inguinal la piel del escroto que ha sido empujada en su interior¹.

Procedimiento de M. Valette (ver figura)

Nos lo explica **Alfonso Guerin**, traducido por **D. Rafael Martinez y Molina**: "Echado el enfermo en la cama, aplica un cinturon especial, destinado á fijar un invaginador con la aguja que lo atraviesa.

Reducida la hernia y hundido el dedo índice en el conducto inguinal, de abajo arriba, despues de haber invaginado la piel del escroto, se sustituye el invaginador, en el que va oculta la aguja, al dedo, y se coloca en el conducto todo lo mas arriba que se pueda; se fija este instrumento al cinturon, y cuando el cirujano está seguro de no puede

Procedimiento de Gerdy.- (11)



Procedimiento de Valette.- (18)

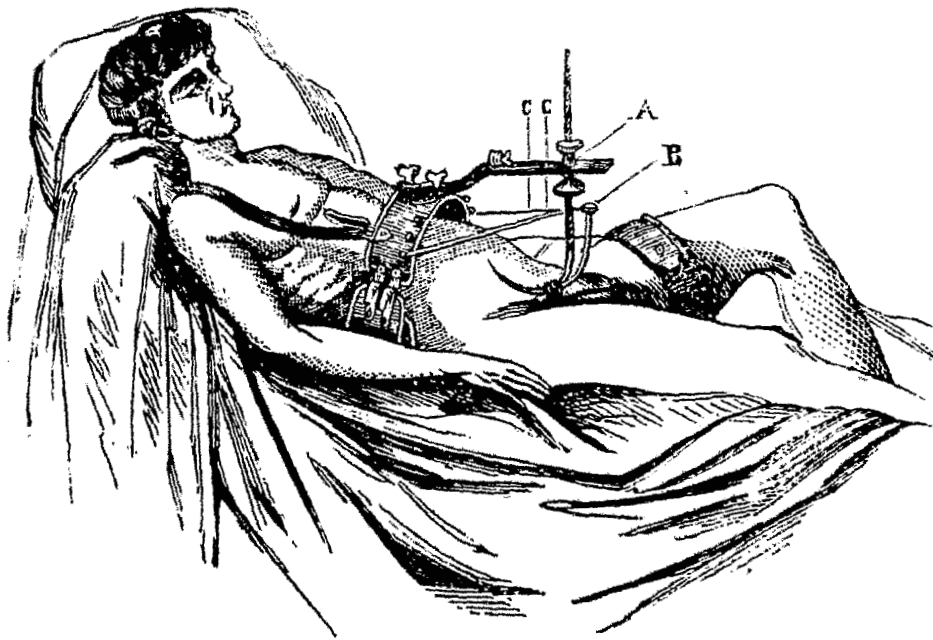


Figura que representa aplicado el aparato de que se vale M Valette para la curación radical de las hernias.

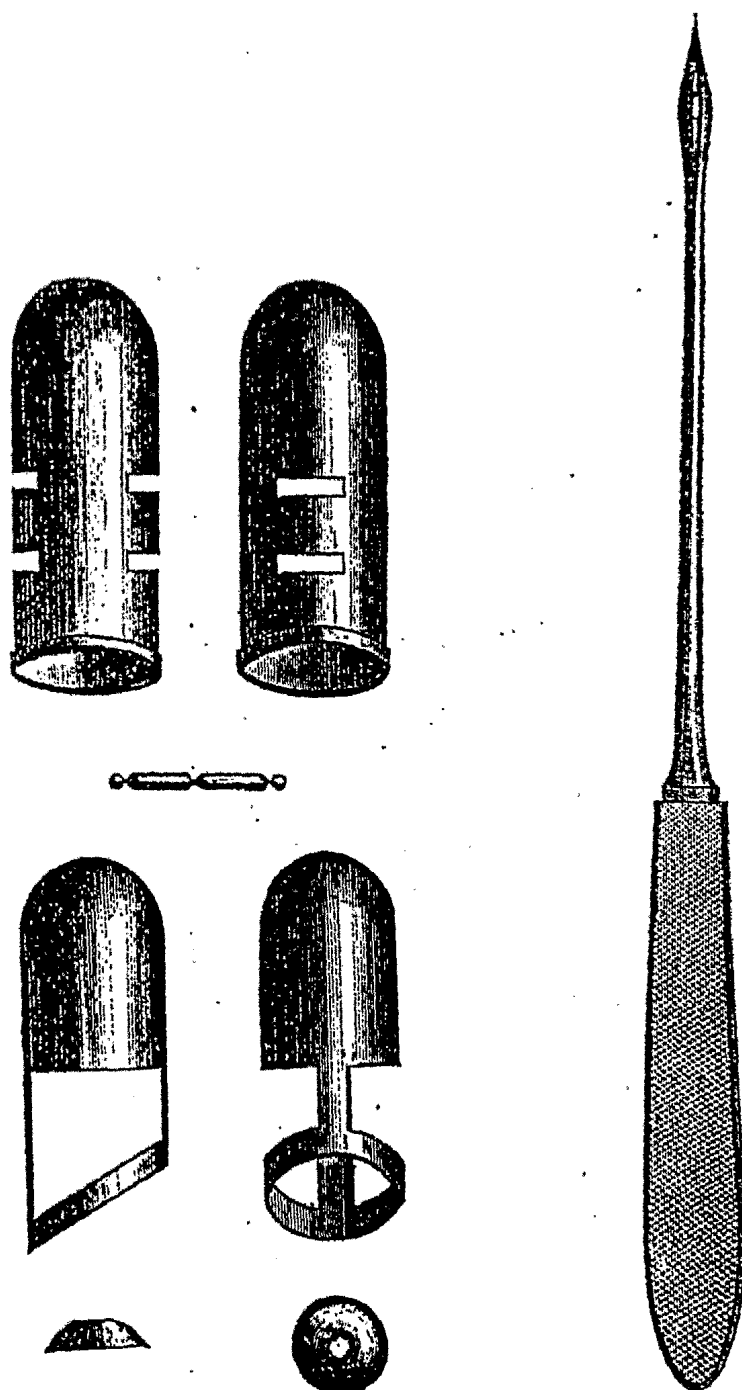
A. Pinza que fija el invaginador al cinturón.

B. Talon de la aguja que atraviesa la pared anterior del conducto inguinal.

CC. Correas que contribuyen á la solidez del aparato.

INSTRUMENTAL PARA EL PROCEDIMIENTO DE INVAGINACION DEL DR. EGEA

Y MODIFICACIONES DEL Dr. CORTEZO.



salir, se empuja la aguja de modo que atraviese la piel invaginada y la pared anterior del conducto.

Se aplica un tramo de pasta de Viena sobre la piel del abdomen, en la extension de 4 á 5 centímetros de longitud por 2 ó 3 milímetros de anchura, de modo que el agujero de la aguja se halla en la reunion de los tres cuartos internos con el cuarto externo de la parte cauterizada. Cuando este cáustico ha obrado suficientemente para denudar los tegumentos, se le separa y se aplica sobre la superficie ennegrecida una tira de emplasto de cloruro de zinc; y la aguja atraviesa este emplasto cáustico, que además de fija con dos tiras aglutinantes. A las veinticuatro horas se separa el cáustico, se incide la escara y se aplica esparadrapo de cloruro de zinc á través del ojal hecho en la escara. Tambien se practican sucesivamente tres, cuatro, y cinco aplicaciones cáusticas hasta que se descubra el invaginador en el fondo de la herida. En esta época termina la operacion; solo resta separar el aparato y curar con hilas y cerato."¹⁸.

Resultados de los Procedimientos de Invaginación

Ribera Sans nos dice: "Gerdy ha practicado mas de 100 veces su operación, y sólo ha perdido 4 enfermos. En cuanto á la cura radical la consideraba como frecuente (**Segond**). **Thierry** sólo ha podido reunir 62 casos en que se em pleó dicho procedimiento y que habían dado 4 muertos.

Ecker dice que con dicho procedimiento obtenía la curacion de la tercera parte de los operados, pero sólo "en hernias recientes, y en individuos todavía jóvenes".

Rothmund en 140 operaciones obtuvo 117 curaciones, 4 mejorias, 6 "malos éxitos" y 13 recidivas. Las curaciones sólo se dice que las había comprobado "más de un año" despues de la operacion.

Los accidentes diré que la peritonitis es bastante rara en los diferentes procedimientos de invaginación, y que la principal causa de muerte son las inflamaciones difusas de las paredes abdominales, que pueden terminar por supuracion; lo cierto es que, como dice **Segond**, con ó sin peritonitis, la mayor parte de los procedimientos han causado algunos muertes. Deben aceptarse las conclusiones de **Segond** al ocuparse de los procedimientos de invaginación: Mortalidad mínima. Curacion, es decir, buen resultado inmediato, en casi todos los casos. Recidivas numerosas. Algunos hechos de

cura radical propiamente dicha"¹.

Reclus dice que puede estimarse los riesgos y peligros de la obliteración en un 3 por 100"⁷.

Procedimiento de Belmas

Malgaigne, traducido por Salazar, describe el procedimiento de M. Belmas: "Los instrumentos necesarios para la operacion son: una lanceta; dos garfios pequeños y obtusos, fijos cada uno en su mango; una cánula metálica de 7 pulgadas de largo y línea y media de diámetro, en forma de un arco regular de un círculo de 7 pulgadas de radio, y con una plancha en su extremidad esterna que sirve para cogerla; un estilete con una curvatura igual, terminado por una punta de trócar por una de sus extremidades, y sujeto con un tornillo por la otra á un cuello metálico hueco; al rededor del cual se halla fija por medio de una ligadura, una bolsa membranosa formada por un pedazo de tripa seca, vacía y bastante delgada para que pueda pasar por la cánula; unas pinzas comunes de ligar con muy pequeña modificacion; una sonda de insuflación formada por dos tubos que destornillan, uno de los cuales tiene una llave que se adapta al cuello de la bolsa de tripa, y el otro tiene en su extremidad otra bolsa igual, pero insuflada de aire, la cual no puede vaciarse sino abriendo la llave.

Se coloca el enfermo en posición supina, con los músculos del vientre en relajación, y la pelvis un poco elevada é inclinada del lado opuesto de la hernia. Una vez obtenida la reducción la sostiene un ayudante. El cirujano practica en el punto más declive de la bolsa herniaria una puncion con una lanceta penetrando en su interior. A través de esta aberturita se introduce en el saco una cánula metálica, se la dirige sobre la pared interna del saco hasta su cuello, y con la extremidad interna se levanta los tegumentos hasta el nivel del anillo. El operador coge esta prominencia con los dedos pulgar é índice izquierdos, y fija así la cánula, cerciorándose de que no ha quedado ninguna parte interpuesta entre ella y el saco. Un ayudante introduce el estilete en la cánula, con la punta hácia delante, y luego que esta punta ha llegado á la extremidad de la cánula, se atraviesan con ella de dentro afuera el saco y los tegumentos.

En el momento que forme una prominencia suficiente el operador la coge con los

dedos que sostienen la cánula conductora, y al mismo tiempo que retira esta con su mano derecha, trae hacia fuera con la izquierda el estilete hasta que el cuello metálico de la bolsa membranosa aparezca por encima del nivel de la piel, se coge este cuello con las pinzas, se destornilla el estilete y se le reemplaza por la sonda de insuflación, y se abre su llave, y por medio de una presión ligera que se ejerce sobre la bolsa exterior, se hace pasar á la interior el aire que ésta contiene. Se cierra la llave y puede quitarse la porcion mas exterior del tubo.

Por estos medios se llega á colocar á nivel del anillo del saco herniario una bolsa de película de tripa de buey llena de aire, y se ejerce una compresion metódica á fin de que el saco se aplique encima y que la hernia continúe reducida.

A las veinticuatro horas se abre la llave á diferentes intervalos, y se favorece por medio de ligeras presiones la salida de aire que contiene la bolsa, y cuando se supone que está vacía, se saca el cuello metálico, estableciendo enseguida una compresion metódica y graduada, que debe continuar al menos quince días.

Veamos en resumen lo que sucede: la bolsa membranosa ocasiona con su presencia una exhalacion de serosidad abundante, que se condensa y llega á organizarse en un núcleo fibroso que tapa la abertura herniaria"⁹.

Procedimientos de Reducción mantenidas por Alfileres

Bonet intenta curar las hernias inguinales manteniéndolas reducidas con alfileres y pedazos de corcho¹⁴.

Wood, en las pequeñas hernias de los niños, mantiene la hernia reducida y el escroto invaginado con alfileres especiales¹⁴.

Procedimiento de invaginacion con sutura de los anillos

Fué el cirujano inglés **John Wood** el primero que lo aplicó y lo generalizó (1858).

Nos dice **Ribera y Sans**: "Como describe **M. Le Fort**: Incide la piel del escroto hacia el fondo del saco (incision de tres cuartos de pulgada), la separa en algunos centímetros de la cara externa del saco, despues con el dedo invagina el saco en el anillo; guiándose con el dedo se conduce una aguja con mango, cuyo ojo está cerca de la punta, se atraviesa el pilar interno del anillo, se enhebra un hilo metálico, y se retira la aguja;

se hace una segunda puncion como la primera, pero de modo que la aguja atraviere el pilar externo, y se pasa por el ojo la extremidad del hilo. Se hacen pasar los dos cabos del hilo por el asa y se les aproxima, interponiendo entre ellos y la piel un cilindro de tela que comprime el anillo inguinal...

...No termina la operacion, segun la descripción que da **Segond** refiere: "el saco herniario y la fascia que lo cubre se cogen entre el pulgar y el índice, al nivel de la herida escrotal, y se tiran hácia fuera de la incision, cuidando de dejar libre los elementos del cordon. Cogiendo entonces la aguja desenhebrada, se atraviesan transversalmente los tejidos cogidos entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, inmediatamente por encima del cordon; se enhebra uno de los cabos del hilo metálico y se retira la aguja. Se tiran de los dos cabos del hilo hasta que el asa casi toca el orificio cutáneo por donde salen, y se tuercen las extremidades del hilo, con lo que el saco y sus envueltas son torcidos y retenidos entre los cabos del hilo, se tira del asa para arriba, con lo que se efectua la invaginacion del saco retorcido, se tuerce enseguida el asa a nivel de la ingle.

Wood se rodea de todas las recauciones antisépticas necesarias.

Se consigue la adhesion de las paredes del saco, obliteracion del conducto inguinal, y estrechar mecanicamente dicho conducto por medio de la sutura.

De 300 operaciones, **Wood** dice que tuvo 296 curaciones y 4 muertos: erisipela, infeccion purulenta, peritonitis, y tétanos. Excepto en casos excepcionales, operaba sólo á los que no habian cumplido treinta años.

Se puede admitir que el procedimiento de **John Wood** ocupa el primer lugar entre los procedimientos de invaginacion, que la mortalidad es sumamente insignificante; que es uno de los que exponen menos á la recidiva, segun **Erichsen** un 35% de recidivas ¹.

OPERACIONES DIRECTAS CON INCISIÓN AMPLIA DE LOS TEGUMENTOS UNIDAS Á LAS CURAS ANTISÉPTICAS

Los procedimientos de invaginación de **Gerdy** y sus derivados se emplearon mucho desde 1835 a 1850, vino despues á caer en el olvido, y la generalidad de los cirujanos poscribieron la cura radical, volviendo al tratamiento por el braguero.

La cuestion de dicha cura volvió á agitarse cuando se vieron los resultados de las

demás operaciones con los métodos antisépticos. Steele aplicó los métodos de curas antisépticas de Lister á la operacion radical de las hernias, cuyas primeras operaciones eran muy sencillas: " refrescó los pilares del anillo herniario, los reunió con sutura de catgut; pero sin cambiar la posicion del saco herniario"¹.

D. José Ortiz de la Torre, en 1897, dice: "no puede llamarse procedimiento obliteradores ninguno de los antiguos recursos operatorios, que teniendo por límite la gravedad de toda intervención cruenta en aquellos tiempos, tenían que actuar en la hernia sin abrir su cavidad, á través de las capas que la cubren. Hoy no pueden lícitamente emplearse tales métodos, no tan sólo por haberlos mejores, sino por huir de los peligros que se corren al efectuar maniobras á ciegas en órganos de tal importancia⁷.

El Dr. Cardenal fué uno de los principales instauradores, si no el más importante, de la cirugía antiséptica en nuestro país, su libro "Cirugía Antiséptica" tuvo una gran transcendencia; en él recopila el desarrollo y los métodos antisépticos de sir Joseph Lister y otros investigadores como Nussbaum, Esmarch, etc., a partir de las investigaciones de Pasteur, quién descubrió la existencia de "determinados seres de rudimentaria organización", perceptibles tan solo al microscopio, siendo la fermentación y la putrefacción originadas por la proliferación de dichos seres, es decir hongos de levadura y bacterias respectivamente. "Los gérmenes de dichos organismos se hallan a millares de millares en el agua, en el aire y en todas partes". También expone su propia experiencia¹⁶.

Se clasifican, según Reverdin:

-Ligadura ó sutura del cuello con ó sin extirpación del saco. Nussbaum realiza la ligadura, o sutura del cuello con extirpación del saco.

-Ligadura ó sutura del cuello, con sutura de la "puerta herniaria", con ó sin extirpación del saco. Czerny realiza la sutura del orificio herniario suturando los cordones aponeuróticos inguinales.

-Abertura del saco, desagüe del cuello sin ligadura del cuello, y sin sutura del anillo (Schede).

Estas operaciones sobre el saco y el anillo herniario se hacen al descubierto, rodeado de precauciones asépticas.

Las cura antisépticas han mejorado el resultado de estas intervenciones que ya

se hacian antiguamente.

Ligadura del cuello herniario

Como dice **Ribera y Sans**, el fundamento de este método es: "producir la mortificacion de las cubiertas de la hernia, que al desprenderse deja una superficie granulosa, que al cicatrizar produce una obliteracion bastante resistente del anillo herniario... Debe determinar una tumefacción inflamatoria á su alrededor, pues esta inflamacion es la que produce la adhesion y la obliteracion¹.

Se considera tiempo esencial en los procedimientos modernos de la cura radical (**Segond**). Por lo general se hace alta, con un hilo de catgut, de diversas maneras: Ligadura doble con dos "hemiligaduras" atravesando el saco (**Riesel**), ligadura parcial con sutura del orificio herniario (**Czerny**)¹²; a veces en vez de ligarlos se hace sutura (**Nussbaum**), ó sutura interior para evitar la diseccion (**Czerny**)¹.

La Castración

Como dice **Ribera y Sans**: "No hablaríamos de este procedimiento, á pesar de las muchas veces que se ha puesto en práctica hasta el siglo pasado...ha producido indudablemente curas radicales, y tan empleado que **Bishop**, de Breslavia , encontró en su diocesis 500 niños y 200 adultos castrados (**Schmidt**); por esta operacion, en muchos casos, se retraía el saco con el cordon amputado, y obturaba el orificio herniario. Hoy no se aconseja como tratamiento general de las hernias inguinales¹.

La Cauterización

También comenta **Ribera y Sans** que: " debe desaparecer por completo del tratamiento de las hernias..."¹.

Maniobras sobre el cuerpo del saco

Se ha realizado su invaginación (**Riesel**), insición con ó sin ligadura del cuello (**Schede**), ó escisión (**Czerny** excinde porciones más ó menos extensas del saco. Luego algunos suturaban los bordes del saco con los bordes de la herida (**Schede, Czerny**), ó los suturaba entre sí.

No todos los que realizan estas intervenciones ligan el cuello del saco. **Ball**

realizaba el **retorcimiento del saco** como única maniobra, a lo que posteriormente añadió su ligadura y excisión. Posteriormente, **Nussbaum**, fue el primero que ejecutó la **extirpación del saco, tras su disección completa y cuidadosa**. Aconseja realizarla cuando las adherencias no son demasiado fuerte^{1, 12}. **Ribera y Sans** considera que: "la disección del saco es posible en los casos de hernia crural, en cambio en la hernia inguinal la regla es la dificultad en la disección por las íntimas adherencias que el saco presenta con los elementos del cordón cuando se trata de hernias congénitas, de donde puede resultar la necrosis del testículo, razón por la cual se ha aconsejado la castración, **Kraske** llegó a formular: "hacer la castración si la disección del saco es difícil"...la extirpación del saco sólo deberá hacerse cuando la disección del saco sea fácil, si no puede extirparse el procedimiento más fácil es la simple resección de los pedazos de saco que buenamente se puedan resecar"¹. Cuando el intestino está adherido al saco, se corta separando el intestino con un parche del saco y se reduce.

El epiplon lo ligan y lo excinden la mayoría de los cirujanos¹².

Macewen, según refiere **Cardenal**, reintroduce el mismo saco en el abdomen, formando con él un verdadero tapón en el anillo interno¹⁶.

Sutura de los Anillos

Ella sola constituye la primera operación de **Steele**.

Czerny la realiza con **seda fenicada**. Otros refrescan previamente los bordes y suturan con **catgut (Riesel)**, o quitan una lengüeta de tejido en los bordes y suturan dando paso al cordón (**Reverdin**). **Reverdin** realiza unas pequeñas incisiones por encima y paralelo al pilar interno, para disminuir la tensión de los puntos de sutura¹². **Ribera y Sans** considera que: "los que hacen simplemente la sutura de los pilares, no obliteran los puntos de salida de las hernias, sino simplemente su abertura exterior, pero no habrá dificultad alguna para que las vísceras permanezcan en el conducto inguinal, por lo que se sustituirá una variedad de hernia por otra. Resulta que para obliterar el punto de salida, no quedan más que dos caminos, ó seguir el procedimiento de **Riesel: incidir el conducto inguinal hasta el peritoneo, avivar sus bordes y reunirlos por sutura**, ó convertir en un hecho práctico el deseo de **Nussbaum**: Cuando la laparotomía sea una operación más inocente, creo que será posible descubrir operaciones radicales..."¹.

Procedimiento de Barker y de Lucas Championnière(Ver en el procedimiento del Dr. Ortiz dela Torre)

Procedimiento de Duplay : suprimía la ligadura del saco, aceptando división del saco en tiras para anudarle.

Procedimiento de Reclusión del Testículo en el Abdomen

San Martin lo puso en conocimiento en el II Congreso Español de Cirugia, en Madrid, en 1908: "Nuevo método de operación radical de las hernias inguinales por la inclusión del testículo en el abdomen. Originó una discusión con los doctores **Esquerdo** y **Ortiz de la Torre**. Cuando lo presentó en el Congreso de Bruselas, meses más tarde, en septiembre, se comprobó que un procedimiento similar había sido publicado años antes²⁰. **Ribera y Sans** lo comenta en 1916¹⁹.

Procedimiento de Ortiz de la Torre

Expone el procedimiento de **Championnière**, basado en su patogenia: "consiste en reseca el saco de manera que no queden ni restos, y colocar la sutura que la cierra de modo que no afronte á la abertura del conducto por donde salía; se procura dejar el revestimiento tenso, que no produzca el menor infundibulum. Se llega á disecar aquella parte del saco en la cara interna de la pared abdominal, en los alrededores de la embocadura del conducto de la hernia, tirando continuamente del saco que se diseca". No obstante **Ortiz de la Torre** reprocha que no es siempre posible evitar el confrontamiento de la ligadura del saco y de las oquedades subyacentes de la pared abdominal: "he modificado mi conducta en el punto concreto de tratar el muñón del saco adoptando el proceder de **Barker**²¹, que consiste en enhebrar los cabos de la ligadura del saco en una aguja curva, y se pasa ésta, sirviendo de guía un dedo, por dentro del conducto, entre el tejido subseroso subperitoneal, para hacerla salir a través de la aponeurosis del oblicuo lo más alto que se pueda. Pasados los dos cabos á poca distancia uno de otro, se anudan juntos. Hay otros dos procedimientos, con el propio fundamento de establecer la obliteración dentro del abdomen, que no se diferencian substancialmente del de **Barker**. Son éstos el de **Mac Even** y el de **Ball**. El primero con su plegamiento del saco

xi.-British Med. Journ.- Art. "E. Barker", 1897.

en vez de resección, para aprovecharlo como tapón del conducto herniario, fijándole á sus paredes con una sutura; y el segundo, que escinde el saco y hace luego una torsión exagerada del cuello para fijar también el muñón en el anillo profundo. Estos son los principales métodos operatorios obliteradores, que pudiéramos llamar de obturación profunda.

Quedan ahora los que pretenden hacer la obliteración en el mismo conducto herniario; tienen muy escasas indicaciones para usarlos en toda su pureza porque hay muchas probabilidades de una reproducción. Por tal motivo, lo mismo el procedimiento de Kendal Frank, que sutura los pilares y la pared del conducto inguinal con hilos de plata, que el más perfeccionado e ingenioso Bassini, sólo los he practicado para corroborar la acción de haber resecado el saco. Lo mismo L. Championnière que Barker en otros tiempos de sus procedimientos hacen diversos planos de sutura: uno en los tejidos aponeuróticos que forman las paredes y los anillos del canal, y otros más superficiales, en las fascias de cubierta hasta la piel". El Dr. Ortiz de la Torre recela de la eficacia de las técnicas de reparación del conducto herniario y de "la pretendida aproximación de los pilares con catgut"^{xii}.

Al finalizar la intervención ocluye la incisión de la piel con colodión iodoformado, y con un vendaje compresivo. Levanta el vendaje á los diez días para quitar los puntos de piel, permaneciendo el enfermo con el vendaje compresivo y en reposo en cama al menos tres semanas⁷.

Procedimiento de Ribera y Sans

Incisión de 10 centímetros de desde muy cerca de la raíz del pene hacia fuera, en dirección del ligamento de Poupart. Una vez abierto el saco, lo disequé ampliamente con los dedos, separándolo del cordón, con el cual estaba intimamente unido, a pesar de lo cual la disección no fué muy penosa; la disección prosiguió hasta dentro de la cavidad abdominal, agrandé la abertura hecha en él para su examen, dividiéndole en dos mitades. Resultaron dos cabos, con los cuales hice un nudo, y por encima otro nudo, y extirpé el resto por encima y reduje el muñón en la cavidad peritoneal.

xii.-Algunos cirujanos, como refiere Ribera y Sans, avivan los bordes del conducto antes de suturarlo con una cucharilla de Volkman, o con una solución fenicada o de cloruro de zinc¹².

Avivados como estaban los tejidos, con una aguja grande, enhebrada con un hilo de seda, cuyos cabos fueran iguales, a fin de que resultara un doble hilo, atravesé el borde superior de la herida, empezando por la parte más externa y comprendiendo todos los planos, incluso la fascia transversalis; con el dedo introducido en el anillo guié la aguja, para que correspondiera al borde superior de dicho anillo, sucesivamente al inferior, protegiendo con el dedo la arteria ilíaca; y después haciendo salir la aguja en dirección opuesta a su entrada, atravesé todos los planos que comprendían el borde inferior de la incisión, desde el anillo a la piel; este punto penetraba y salía a unos dos centímetros de la incisión. Cortando entonces los dos cabos próximos a la aguja para separar ésta, resultan pasados por el mismo punto dos cabos superiores y dos inferiores; anudando los superiores en cuya luz colocho un trozo de gasa iodofórmica, que tirando fuertemente de los bordes inferiores se aplica sobre el borde superior, se coloca otra porción de gasa sobre los cabos inferiores, y anudándose sobre dicha gasa, queda perfectamente aplicadas en su parte profunda las paredes superior e inferior de la incisión, quedando un punto profundo debajo del cordón. Así se dieron cinco puntos profundos, los dos más externos comprendían el anillo, con el fin de no dejar en él más espacio que el suficiente para el paso del cordón. Colocado el cordón encima de este plano profundo, el segundo plano de suturase hizo con puntos entrecortados, entre los profundos, de modo que abrazaban todos los tejidos de los bordes de la incisión, pero de modo que el hilo pasaba por encima de los elementos del cordón, que así quedaba comprendidos entre el plano más profundo y el segundo más superficial. Un tercer plano a punto por encima y que sólo comprendía la piel.

A los once días se levanta la cura; se quitaron los puntos profundos; seis días después se quitaron la sutura superficial, recibiendo el alta el 13 de Marzo (a los 30 días)¹⁹.

Pero en la mayoría de los casos no es posible dividir el saco, por las adherencias y por lo fino que es, tuve que reconocer que se trata de un procedimiento excepcional, y renunciar a su empleo.

Sin embargo la sutura acolchada no dejar de tener sus inconvenientes: es difícil que haga compresión metódica en toda la extensión de la herida operatoria, produciéndose orquitis al poco tiempo de la operación, y al ser preciso quitar dicha sutura había que pensar que la coaptación de las paredes no se había verificado.

El haber adoptado la sutura en la forma que la he expuesto es debido a la supuración que se observa de cuando en cuando si se deja la sutura perdida...respondia a los principios fundamentales de Bassini^{xiii}.

Segundo procedimiento de Ribera

"Se me ocurrió modificar la sutura profunda, haciendo la sutura profunda y media en zig-zag^{xiii}: una vez extirpado el saco de modo que el muñón debe huir por sí mismo, reduciéndose dentro de la cavidad del peritoneo (de modo que no queda ningún cuerpo extraño en la herida operatoria), y dislocado el cordón fuera de la herida operatoria mediante una tira de gasa, a un centímetro por fuera de la extremidad de la incisión, se hace penetrar una aguja enhebrada con seda, mediante un movimiento de zig-zag, se la hace correr de la aponeurosis del transverso al borde del ligamento de Poupart, y de este borde a la aponeurosis, y así de un modo sucesivo hasta el otro extremo, haciendo salir la aguja a un centímetro de dentro afuera. Basta tirar de la seda para que se pongan en contacto el borde inferior del oblicuo menor y del transverso al borde posterior o interior del arco crural. Colocando el cordón sobre la pared reconstruida, se procede a rehacer la pared anterior: En las primeras operaciones hacía el segundo plano de sutura siguiendo el mismo plan que para hacer la pared posterior con aguja y seda distintas, me pareció más sencillo utilizar la hebra primera para hacer el segundo plano de sutura; por encima del cordón se reúne la aponeurosis del oblicuo mayor al arco crural. Se hace anudar el cabo inicial con el terminal. La herida de la piel se une mediante una sutura continua, que es a la vez hemostática, pues se procura comprender en ella todos los puntos que dan sangre^{xiv}. Otro hecho que se debe tener presente: los anillos han cambiado de dimensiones por el hecho de la hernia; la sutura debe achicarlos al describir el zig-zag, y dejar el espacio par los elementos del cordón. A los diez o doce días se cortan las asas que sostienen los rollos de gasas o los trozos de tubos, y se puede quitar la seda de las suturas medias y profunda, simplemente con tirar

xiii.-Comunicado por su ayudante el Dr. Arquellada en el Ateneo de Beneficiencia de Madrid el 3 de Junio de 1906, y publicado en la Revista de Medicina y Cirugia Prácticas el 28 de Marzo de 1907, y comunicado en el Congreso de Bruselas en Septiembre de 1908.

xiv.-No hacia ligaduras hemostáticas para evitar dejar cuerpos extraños.

de los cabos"¹⁹. Dice **Ribera**: "He hecho este procedimiento en un número suficiente se casos, para obtener la seguridad de que con él se obtiene lo que me habia propuesto; hacer una operación sencilla, segura y fácil, sin dejar en la herida ningún cuerpo extraño"¹⁹.

Tuvo buenos resultados, habiendo operado sesenta y siete hernias en adultos y treinta y nueve en niños. (Ver en resultados y complicaciones de las intervenciones en su estadística)

Se abandonó el método cuando se pudo disponer de buenos materiales asépticos de sutura²⁰.

Fernando López-Rios Fernández, en su tesis doctoral nos describe varios procedimientos:

Método de herniorrafia de Cervera

Presentado por **Lozano** al II Congreso Español de Cirugia en 1908. Consistía en la cura radical mediante una sutura metálica: "Cualquiera sea el procedimiento empleado, termina por suturar con hilo de plata replegando la pared anterior del conducto inguinal, y estrechando el anillo externo de este conducto sino se ha incindido la pared, aproximando los colgajos que resultan al hacer la incisión de la misma en toda su extensión.

Lozano, en el Instituto Rubio, jamás había visto supuraciones con el hilo de plata, y consideraba importante no sólo el procedimiento operatorio, sino el modo de suturar²⁰.

Sutura Profunda Temporal de Goyanes

Goyanes, en 1908, hacer referencias a este método, que comunica en el II Congreso Español de Cirugia.

Las infecciones eran muy frecuentes, aún guardando las normas de asepsia, y la persistencia de las mismas, mientras no se eliminen los hilos, convierten a las sutura extraíbles y temporales en excelentes. Es una técnica de **Bassini** con la originalidad en la forma de anudar y sacar los hilos: una vez pasado los hilos como hace **Bassini** para la pared posterior, este hilo sencillo se dobla por uno de los cabos sobre sí mismo,

formando un asa, y se realiza una lazada con el otro cabo; posteriormente se extrae el asa a un lado de la herida y al otro los cabos sueltos. Al tirar de uno de los cabos se aprieta el nudo, y al hacerlo del otro se deshace; se coloca un rollito de gasa debajo de cada doble, hasta que se extraen los hilos.

El autor señala como ventajas la ausencia de flemones y el perfecto afrontamiento del plano muscular al ligamento de Falopio²⁰.

Estas técnicas parecen pretender el evitar la infección, y si ésta se origina, que se puedan retirar los hilos que serían la causa de su mantenimiento. No deja de ser loable este intento en una época en la que el procedimiento de Bassini daba un alto porcentaje de supuraciones; pero cuando la supuración dejó de ser un peligro, estos métodos se olvidaron²⁰.

Lozano nos dice, en 1929, que el procedimiento más frecuentemente empleado es el de Bassini, cuya técnica la resume como la unión del borde inferior de los músculos oblicuos y transversos con el ligamento de Falopio. Considera Lozano que: "el procedimiento de Bassini no se explica fácilmente por qué no hay más hernias reproducidas: no puede constituir una sutura firme, porque los bordes de estos músculos se atrofian"⁶.

Placas de Hueso Decalcificado para el Tratamiento Quirúrgico de las Hernias

El Dr. Ortiz de la Torre menciona: "se ha ideado modernamente hasta colocar placas de substancia reabsorbibles (hueso decalcificado) para obturar el anillo. Este procedimiento se debe a Thiriar^{xv}, de Bruselas, y se ha empleado más bien para las hernias recidivadas⁷. También Ortiz de la Torre refiere la introducción en el conducto inguinal de un ovillo de hilo de plata¹⁷.

xv.-Thiriar. Utilité d'un transplant osseux dans la cure radical des hernies.-
Congrès français de Chirurgie, 1893; pág. 319.

Hernia Inguinal en la Mujer

Juaristi, en 1922, comenta: "No hay testículo ni cordón, las dimensiones del conducto son menores; puede haber una pequeña prolongación hacia el gran labio (Conducto de Nüek). El ligamento redondo no importa seccionarlo. La hernia suele ser oblicua externa en sus grados de punta, intersticial, o pubiana, puede penetrar en el gran labio; en su contenido puede estar parte de la vejiga y los anejos prolapsado y ectópicos. La cura radical es fácil y de seguro éxito: disección del cuello pegado al pelotón adiposo, sección y ligadura del saco, sutura de paredes"⁵.

Tiempos Teóricos Necesarios e Indispensables en toda Operacion de hernia radical. Eficacia de la Intervención.

Sus Indicaciones

"Parece indudable, por la experiencia de los últimos dieciocho años, ó más, de curación radical de la hernia, que la posición de los autores de cirugía que han sostenido que no debía intentarse la curación radical, excepto en los casos más graves, es insostenible", dice el **Dr. Braithwaite**, traducido por **Enrique Camps y Rocha**, en 1887⁴.

En 1887, **Ribera y Sans** refiere a este respecto:

Ligadura ó sutura del cuello del saco.

Extirpacion del saco cuando sea posible, y si no reseccion parcial.

Obliteracion del trayecto que recorre las vísceras en el espesor de las paredes del abdomen.

Pero añade: "los procedimientos de incision amplia de los tegumentos, unida á la escrupulosa cura antiséptica, han dado resultados de cura radical, si bien en pequeño número. La única ventaja que se consigue con la operacion es transformar un hernia incoercible, dolorosa ó irreducible en coercible é indolente, y que nunca debe pensarse en operar por estos procedomientos á ninguna hernia que sea coercible, indolente, y que se pueda reducir¹.

En hernias reducibles, y durante el periodo de "crecimiento orgánico" deberá emplearse el vendaje, y como mero coadyuvante las inyecciones periherniarias.

Es acuerdo unánime que en los niños basta los vendajes para obtener la curacion.

En los individuos que pasen de esta edad, las hernias sólo deben ser contenidas con el vendaje, a no ser que resultara cierto que el procedimiento del Dr. Egea no expone á accidente alguno.

Las hernias reducibles pero incoercibles, la primera indicacion es vencer la incoercibilidad por el empleo de los vendajes. Si no se obtiene resultado creo autorizada la intervencon como medio preventivo, recurriendo á los procedimientos modernos y á los de invaginacion: la cura por primera intencion y sin supuracion es la regla. En ambos son frecuentes las recidivas, y ambos pueden dar origen á accidentes y causar la muerte, pero dan mucha mayor mortalidad los procedimientos modernos: se deben emplear los procedimientos de invaginacion: el del Dr. Egea es un buen procedimiento.

Las hernias irreducibles, ya por su gran volumen, ya por adherencias antiguas, convertirla en reducibles: reposo completo, purgantes repetidos, media dieta, tentativas de reduccion. Si no se puede conseguir la reduccion, debe operarse utilizando los métodos modernos. Pero generalmente no se admite las operaciones ni en los niños ni en los viejos: en los primeros porque siempre debemos esperar la curacion por otros medios sencillos; en los segundos porque se trata de hernias ya antiguas y voluminosas, han perdido ya el derecho de domicilio dentro de la cavidad abdominal¹.

No obstante el mismo autor en su obra póstuma de 1916, dice: "La operacion de la hernia en los adultos debe constituir la regla. Se deben operar los niños menores de seis años cuando:

Las hernias van acompañadas de ectopia inguinal.

Cuando se trata de hernias muy grandes con anillo muy amplios.

Cuando la aplicaciom metódica de los vendajes no da resultado..."¹⁹

Ribera y Sans añade en 1916: "se puede obtener la curacion de las hernias sea cual fuere el procedimiento operatorio que se emplee, y yo he obtenido la curacion radical definitiva por todos los procedimientos indicados". ¹⁹

Medios asépticos perfectos, como insiste Ortiz de la Torre⁷.

Dicho autor considera "la anestesia general muy ventajosa...y...permite usar con gran

provecho la anestesia local por la cocaína, según Reclus^{xvi}, en inyección al medio por ciento"¹⁷.

D. Isidoro Díaz y González aconseja : "no operes mientras no haya extrangulación, ni habiéndola, mientras no amenace la gangrena, ó el peligro inminente; pero si la gangrena está presentada es tarde ya. Después de haber usado los medios médicos y mecánicos, hasta la táxis hecha con gran valentía y prudencia."¹⁰.

Ortiz de la Torre aconseja operar las hernias de los adolescentes, que es cuando se obtiene mejores resultados. En las hernias pequeñas, sin gran dilatación de los anillos, y en individuos jóvenes aconseja el procedimiento de Barker, añadiendo una sutura por planos que aproxime los bordes del anillo superficial y continuando luego la reunión de las capas hasta la piel. "con objeto de no dejar ninguna cavidad donde se acumule las extravasaciones, y que forme un todo bien compacto.

El mismo Ortiz de la Torre, en 1905, manifiesta: "El procedimiento primitivo de L. Championiere, que apenas se preocupaba más que de la resección esmerada del saco, ha caído en desuso, porque era, en la mayoría de los casos insuficiente. La misma maniobra ideada por Barker resulta muchas veces más teórica que útil. La fijación del muñón resecado en un punto alto por encima del conducto inguinal, no se logra que sea efectiva si no se ha hecho una disección muy esmerada del cuello de la hernia en más extensión que la longitud del conducto herniario, hasta llegar por tracciones sostenidas, á que aparezca la grasa subperitoneal. Resecando en este sitio es como se logra que al invertir el muñón y fijarle con los puntos de dentro á fuera en plena pared abdominal, quede sujeto encima del orificio inguinal, sin que afronte el infundíbulo con dicho orificio. La misma maniobra, hecha imperfectamente por disección insuficiente, resulta contraproducente, porque fija el muñón enteramente abocado al conducto inguinal, y hace el mejor cebo para la reproducción. Además de estas razones, siempre que una hernia de regulares dimensiones ha frecuentado el conducto inguinal, acaba de producir una dislocación de los planos, desde el simple apartamiento de las paredes, hasta la aproximación de los dos orificios, formando una brecha directa de todo el espesor de la pared abdominal; se necesita restaurar la región con más eficacia para obtener la curación. A esto obedece tantos procedimientos autoplásticos; tengo por el prototipo

xvi.- P. Reclus. L'anesthesie localisée par la cocaïne. París, 1903.

de éstos al de Bassini,..., es el más anatómico y el más eficaz. He practicado yo, á veces la operación de Bassini, añadiéndola al final el plegamiento de la aponeurosis, por tratarse de hernias en que todos los recursos parecen pocos. De los procedimientos ingleses de Baxter, Bennet, Ball, Kingscote, como los americanos de Phelps (el primitivo) y Markoë, y los alemanes de Wöfler y Kocher, apenas se han generalizado, lo mismo sucede como los métodos que pretenden utilizar el mismo saco como elemento para taponar el conducto, como los de Mac Even y Bishop, ó los que emplean cuerpos extraños absorbibles ó metálicos, como Thiriar y Phelps (segunda manera), que introduce en el conducto inguinal un ovillo de hilo de plata ¹⁷.

En las hernias inguinoescrotales recomienda también el método de Barker además del procedimiento de Bassini¹⁷.

Indicacación de Castración

"Cuando se trata de hernias muy grandes escrotales, y en un individuo de alguna edad, podría convenir el sacrificio del testículo, ligando y seccionando el cordón en el conducto inguinal, y haciendo desaparecer éste por medio de la autoplastia de Bassini¹⁷.

Plegamiento de la Aponeurosis del Oblicuo^{xvii}

El mismo Ortiz de la Torre aconseja en los niños este proceder : se hace una incisión de tres á cinco centímetros sobre el trayecto inguinal; con una sonda acanalada se descubre el orificio inferior del conducto, dejando descubierto ambos pilares; con la misma sonda, insinuada en el canal inguinal se despega un tanto la aponeurosis del oblicuo de los elementos del cordón, y en el hueco fraguado por la sonda se introduce una lámina cualquiera de un centímetro de ancho, que puede ser una tijera cerrada, si no se tiene á mano un protector como el que yo he hecho para esto. No tiene más objeto que comprimir el cordón y protegerlo. Con una pinza, siendo la mejor la de ramas en T, se coge un pellizco de la aponeurosis en toda la extensión del cana inguinal; entonces con un catgut del num. 1 ó el 2, se traspasa el pliegue cogido con la pinza, empezando por el extremo de los pilares, y siguiendo atravesando puntos, que deben

xvii.-Ortiz de la Torre. Nuevo procedimiento de obliteración de las hernias inguinales. Comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina, 1903.

montar unos sobre otros, hasta la altura del orificio inguinal superior y algo más. El abundante catgut que allí queda produce una exudación adhesiva para que cuando la sutura se reabsorba haya establecida una conglutunación cicatricial.

Este plegamiento lo añado muchas veces como un tiempo de refuerzo en otras hernias en las que se ha resecado el saco ó se ha hecho otros procedimientos.

En la hernia congénita se logra así favorecer la tendencia obliterate del canal peritoneo-vaginal persistente, por la compresión que el plegamiento produce sobre las paredes del canal; se crea como un **braguero interno**. Cuando en los niños, como en los adultos, el **saco herniario** ya avanzado y asoma por el orificio inferior del conducto ó más allá, hay que resecar éste, cualquiera que sea el procedimiento para obliterar el canal¹⁷.

Guedea y Calvo utiliza la técnica de **Bassini** mas el procedimiento de **Barker**, en 1905; describe el procedimiento: "1º. Incisión de la piel en dirección del trayecto. 2º Incisión extensa de la aponeurosis del oblicuo mayor en todo el trayecto del conducto. 3º. Disección del saco. 4º. Aislado el saco de envolturas y cordón, incisión de él, resucción del contenido, ligadura del saco lo más alto que se pueda, reducción en el abdomen, fijación en la pared abdominal según procedimiento de **Barker**. 5º. Reconstitución de la pared posterior por el procedimiento de **Bassini**, que da nombre á toda la operación, y que consiste en la sutura de los bordes inferiores de los músculos oblicuo menor y transversos con el labio posterior del ligamento de **Falopio**. 6º. Previa colocación del cordón en su lugar, sutura de la incisión del oblicuo mayor. Y 7º Sutura de la piel²¹.

Olivares nos dice: "muchos procedimientos han sido empleados para la cura radical de la hernia inguinal: Entre ellos debe citarse como fundamentales los de **Lucas Championnyere** y **Bassini**, habiendo introducido manifestaciones distintos cirujanos, como **Barker**, **Jonnesco**, **Girard**, etc"¹⁸.

MORTALIDAD DE ESTE PADECIMIENTO

Dice **Braithwaite**, traducido por **Enrique Camps y Rocha**: "En 1879, según los datos del *Registrar General*, publicados por **Mr. Spanton**, ocurrieron 1.119 muertes por hernia, de las cuales un 23,5 por ciento habían sufrido la operación por estrangulación. El término medio de la proporción de mortalidad en la quelotomía en once grandes hospitales se publica por el mismo autor como un 41,8 por 100⁴.

MORTALIDAD Y COMPLICACIONES DE LAS INTERVENCIONES

Ribera y Sans dice que este tipo de intervenciones origina una *mortalidad de algo más del 9%*. Las causas de la muerte fueron: Peritonitis, septicemia, flemones de las bolsas, embolia pulmonar, colapso, perforación intestinal, hemorragia interna por el pedículo epiploico, y por los vasos del cordón. Otras complicaciones fueron: heridas de los elementos del cordón, ligadura del conducto deferente, ligadura involuntaria de las vísceras herniadas; **Czerny** en un caso ligó el apéndice vermiforme; la ligadura del saco puede resbalarse, **Banks** en un caso desnudó el intestino creyendo romper adherencias, y en otro rompió el colon transversal. La supuración de la herida, los flemones, abscesos y gangrena del escroto y gangrena del testículo; **Fendal Franks** observó en un enfermo un hematocele que supuró¹.

Juaristi comenta: "La herida de la vejiga demasiado atraída al tirar del saco; la sección del deferente que atrofia al testículo; la sección de los vasos, que provoca grandes hematoceles, o gangrena del testículo"⁵.

Lozano describe las siguientes complicaciones postoperatorias: lesiones de la vejiga, supuración, hemorragias, infección de la herida, broncopneumonia⁶.

Ribera y Sans nos recoge:

De 106 hernias operadas:

Heridas infectadas.....	8
Hernias reproducidas.....	2
Gangrena de la herida y del escroto....	1 muerto
Hemorragia externa.....	1
Hemorragia interna.....	1 muerto
Escarlatina.....	1 muerto
Disuria.....	3
Pleuresia.....	1
Varicela.....	1
Orquitis.....	3
Paralisis radial.....	1
Hematemesis y perforacion del estómago:	1 muerto

Los muertos han sido seis; cuatro de los de arriba indicados, mas uno de tuberculosis generalizada, y un niño de diez y siete meses "¹⁹.

Ortiz de la Torre, en 1897, nos recoge sobre la mortalidad los siguientes datos: "en la estadística de **Leirinsk** figuraba una mortalidad de 7 por 100; **Tilanus** en el Congreso de 1879, daba seis por 100; y **Berger**, sobre 906 casos, el 4 por 100. La estadística personal de **Ortiz de la Torre** era 4 por 100⁷.

Para **Lozano** la mortalidad por cura radical de hernias no complicadas es entre 0,2 a 0,5 por 100⁶.

En caso de estrangulación llega hasta una mortalidad de 57 por 100, que señala **Anderegg** en operados con tres dias de atasco. Para **Ortiz de la Torre** era 36,8 por 100⁷.

El Problema del Material de Sutura

Ribera y Sans nos lo comenta: "...No dejaban de observarse algunos accidentes, casi siempre consistían en algún absceso, supuración pequeña en cantidad, pero rebelde, que sólo terminaba después de eliminar alguna ligadura, el nudo que obliteraba el saco, etcétera...., en ningún caso he observado hechos de supuración grave,...la recidiva está más en relación con que la herida supure que con el procedimiento...Adquirí el convencimiento de que el origen de la supuración eran los cuerpos extraños: seda para ligaduras, seda para ligar el saco, seda para las suturas profundas que se dejan perdidas, etc. No debía pensar en hilos que se reabsorbieran, porque en la época a que me refiero (1896), el problema de la desinfección del catgut no estaba resuelto, y si se empleaba un catgut aséptico, su rápida reabsorción no daba garantías de cicatrización sólida. Tampoco me satisfacían las suturas metálicas, ciertamente que se trata de un buen material de sutura, fácil de desinfectar, puede permanecer de un modo indefinido en el seno de los tejidos; lo cierto es que no ha alcanzado el sufragio de la mayoría de los operadores..."

Dirigí toda mi atención a encontrar un procedimiento de sutura temporal, con el fin de no dejar cuerpo extraño dentro de la herida; y puesto que había observado que la supuración se debía a los puntos de suturas profundos o a las ligaduras, busqué un procedimiento por medio de una sutura de colchonero aplicada por encima del cordón, y terminando por una sutura superficial, a punto por encima. Sutura que empleé por primera vez el 16 de julio de 1896. Empleé este procedimiento con buenos resultados, sólo o combinado con el Barker. Pero no me dejaba satisfecho: resultaba constiuida la pared anterior, pero seguía sin modificarse la pared posterior, y además se cerraba el cuello del saco, antes de extirpar el cuerpo, por medio de una ligadura de seda, es decir que no podía suprimir los cuerpos extraños que era a lo que tendía. Al publicar Duplay su procedimiento, con el cual suprimía la ligadura del saco, aceptando la división del saco en tiras para anudarle, y a la vez hacer la sutura temporal, pero modificada, aceptando las ideas defendidas por Bassini acerca de la necesidad de reconstruir el conducto inguinal por medio de tres planos de sutura, y haciendo un plano de sutura acolchada y , por tanto temporal por debajo del cordón, para reconstruir la pared

posterior; una sutura entrecortada por encima del cordón, paara reconstruir la pared anterior del conducto inguinal, y por último, un tercer plano superficial de la piel a punto por encima, plan que llevé a efecto el 11 de febrero de 1898 en la Facultad de Medicina¹⁹.

RECIDIVAS Y SUS CAUSAS

Nos dice Ribera y Sans: "En cuanto á los resultados favorables es acuerdo unánime que las recidivas sobrevienen en muchos casos. De las autopsias practicadas, la conclusion que se puede deducir es que la cura radical es posible, no constante"¹.

Ortiz de la Torre estimaba la recidiva en un 10 por ciento¹⁷. En cuanto a las causas comentaba:

"En tres claves se puede incluir estas causas:

La primera comprende las condiciones de la hernia, y entre ellas el tamaño grande de la evisceración, su antigüedad, las inflamaciones sucesivas del saco que han creado adherencias, la abertura desmesurada del trayecto herniano, y la flacidez de las paredes músculo-aponeuróticas (esta última calidad es la condición más abonada).

La segunda clave comprende los defectos de la operación: no se puede ir con un sistema ó con un prejuicio: es necesario ir preparado con todos los recursos conocidos, y con los que el propio ingenio sugiera, para aplicarlos al caso particular, con todos los acomodos, modificaciones y eclecticismos que éste requiera. Es un elemento de garantía la práctica de repetir muchas veces la misma operación.

Comprende el tercer grupo los cuidados post-operatorios: la quietud de los enfermos, la buena disposición del vendaje, la vigilancia de una alimentación apropiada, y la prolongación del reposo del operado.

Que el operado no haga esfuerzo musculares de ninguna clase, en un plazo que no sea menor de dos meses, y aún mucho mayor según la calidad de las hernias. Uno de los esfuerzos que pueden ser causa de reproducción, es el que produce el estreñimiento, y la tos. En términos generales, el operado de hernia debe permanecer en cama tres semanas como minimum; levantado, pero sin andar más que por la habitación, otras dos semanas, y entonces se puede establecer gradualmente el ejercicio, primero del paseo, y luego de los más intensos. La carrera, el salto, la marcha prolongada, las ascensiones de montaña, el caballo, y los demás ejercicios que entran en la categoría de violentos, deben prohibirse hasta pasados los tres meses de la operación. La bicicleta puede tolerarse antes.

El braguero en los casos de flacidez, de hernias inmensas, ó desconfianza en la obliteración; ó cuando se trata de operados que se ven forzados á realizar esfuerzos en plazo perentorio, es de gran prudencia aconsejar el braguero por muy largo tiempo¹⁷.

Lozano nos da un porcentaje de recidivas de 0,5 al 3 por 100, y refiere que el Dr. Cardenal da la curación definitiva en 98,5 por ciento de los casos, en una estadística compuesta de 4000 operaciones⁶. (*).

(*).- Lozano no especifica el tiempo de seguimiento.

COMPLICACIONES DE LAS HERNIAS

Lozano considera que las principales complicaciones son: la inflamación el atasco estercoráceo, la incarceration.

"La inflamación de las hernias puede terminar como un absceso: cuando se rompe el intestino o cuando se establecen los trastornos circulatorios que rebajan la vitalidad de la pared intestinal, pasan a su través germenos patógenos del intestino. Estos abscesos generalmente se acompaña de un síndrome de peritonitis más o menos intenso.

El **éxtasis fecal** se presenta en grandes hernias, sobre todo en viejos. Estos por la menor fuerza de la contracturas intestinales y su tendencia al estreñimiento, llegan a endurecer las materias fecales que entran en las asas herniadas, y aparece una obstrucción fecal con todo el síndrome del cólico miserere, común a cualquier otra obstrucción. Localmente las hernias se hacen más dolorosa, tensa, y se edematiza."⁶.

Hernias Irreductibles

Olivares nos dice: "Las hernias dejan de ser reductibles, aparte del estado de estrangulación,, cuando son demasiados voluminosas(incoercibles) y cuando son adherentes...Existen hernias tan voluminosa que han perdido el derecho de domicilio⁸.

Hernias Adherentes

Comenta **Olivares**: "Recientes y blandas, o antiguas y fibrosas y vasculares; entre el intestino, la pared, el epiplon, uniéndolos, y pudiendo formar una brida, sobre la que el intestino volvule...Pueden impedir la reductibilidad del saco⁸.

HERNIAS INCARCERADAS y EXTRANGULADAS

Definición

Lozano define la incarceration: "la detención repentina de la circulación fecal en un asa del intestino y la desaparición de la circulación sanguínea y nerviosa del asa, hasta llegar a alteración trófica de la gangrena"⁶.

También nos explica que: "en la estrangulación se mortifica por presión directa un anillo del intestino; el asa gangrenada cae en la cavidad libre con todas sus consecuencias de peritonitis. La palabra extrangulación es más apropiada para lesiones circunscrita que produce una brida que aprieta el intestino, de un nudo o lazo intestinal.

En la incarceration el asa gangrenada no cae en la cavidad libre del peritoneo, permanece en el saco del abdomen sin peritonitis difusa frecuentemente.

El tipo de estrangulación será el de un bramane de goma o un hilo de hierro apretado fuertemente alrededor de nuestro dedo; el tipo de incarceration será el de una dedaleta de goma que comprime por igual todo nuestro dedo. Sustituyendo el dedo por el intestino, tendremos la imagen de lo que es la estrangulación y la incarceration"⁶.

Olivares la define: "la estrangulación es debida a la constricción brusca y permanente del intestino herniado. El asa intestinal se hace irreductible, paralizándose la circulación fecal y de los gases, no tardando en producirse la gangrena del intestino si no se interviene rapidamente. La estrangulación puede ser:

- por el anillo,
- por el cuello del saco;
- estrangulación sobre arista viva de Chassaignac, que se observa de un modo especial en la hernia crural, producida por el borde interno del ligamento de Gimbernat".
- Estrangulación en un saco properitoneal: el saco inguinal contiene un intestino reducible y no se sospecha la existencia de un segundo saco profundamente oculto, la estrangulación a nivel de este orificio properitoneal es frecuentemente desconocida.
- por una brida exterior al saco: una brida o un vaso.
- por bridas o válvulas interior al saco, como en las hernias congénitas.
- Estrangulación en el fondo del saco: puede realizarse por existir una

perforación del saco, o un divertículo del mismo, donde se estrangula el intestino.

-Estrangulación por el epiplon: al perforarse, o actuar como una brida⁸.

Clasificación

Don Isidoro Diaz y Gonzalez nos dice: "...se entorpecen las relaciones, se dificulta el paso de los materiales escrementicios, sólidos, líquidos y gaseosos; también la inervación sanguínea y la inervación de la parte que se halla fuera de la cavidad; la interrupción de los primeros constituye el *Estancamiento ó Atascamiento*, y las segundas, cuando se acentúan, constituye la *Estrangulación*"¹⁰.

Olivares comenta que "el *atascamiento herniario* es un capítulo que cada día se va reduciendo más"⁸.

Mecanismo de la Estrangulación Herniaria

-Estrangulación elástica (**Richter**).- El anillo elástico que se deja distender por el intestino, reacciona en virtud de su elasticidad constriñiendo el asa.

-Teoría de la acodadura.- El asa estrangulada presenta una porción intrasacular y otra intraabdominal. Al nivel del cuello ambas porciones hacen una acodadura, cuya consecuencia es la aparición de un espolón en el canal intestinal. Las materias líquidas y los gases no podrían salir del asa herniada en virtud de esta inflexión angular. O debida a una oclusión en el interior del intestino a consecuencia de una especie de prolapso de la mucosa, debido a los movimientos peristálticos.

-Teoría de la cuña mesentérica.- **Lossen** decía que el mesenterio del asa herniada formaba una cuña entre los dos cabos intestinales."⁸.

Clínica

San German nos describe: "Los síntomas comunes son el dolor en la parte, meteorismo en el abdomen, sed, lengua árida y crapulosa, calentura con dureza y concentración de pulsos, vómitos biliares, hipo y ansiedad.

Los síntomas particulares son en las intestinales, la intercepción del curso en las materias fecales, y los vómitos quimáceos ó estercoráceos; el meteorismo y la contracción de pulsos son mayores, y el dolor es más agudo desde el principio. En las omentales los vómitos son biliares ó alimenticios, el vientre corre libre, la carrera de síntomas es menos

precipitada y el pulso está mas dilatado. En las de la vejiga urinaria la retencion de orina se complica con toda la caterva de sintomas.

Debe considerarse en tres diversos estados. En el principio de la inflamacion y en su aumento el dolor es vivo, el tumor doloroso, la reduccion impracticable, la irritacion se propaga ocasiona nauseas, se declaran los vómitos é hipo, correspondiendo la calentura á los grados de inflamacion y naturaleza de las partes contenidas; en este caso la estrangulacion es total, se aumenta la fiebre, la sed es inestinguible, los vómitos son casi de materias fecales^{xviii}, y los demas sintomas inflamatorios están mayor auge; sobrevienen movimientos convulsivos, frio, hipo continuo, mayor tension en el vientre, total supresion de escrementos por el ano, el tumor se inflama tanto que apenas se puede tocar. En la declinacion el pulso es parvo, intermitente y concentrado, los extremos se ponen frios, el vientre se afloja, cesan los vómitos ó siguen sin conato, continua el hipo y los sudores frios, el tumor se afloja y se arruga; se marchita el color rojo y se vuelve livido ó aplomado; cesa el dolor de repente, la hernia se reduce con facilidad; finalmente todo anuncia un gangrenismo fatal. Esta aparente serenidad engaña á los ignorantes; mientras los cuerdos é inteligentes procuran las disposiciones temporales y espirituales, y lloran la cercania del sepulcro". Considera de mayor riesgo los enteroceles repentinos, las de los jóvenes, las que siempre han sido reducidas, ó que escapándose en parte han sido comprimidas por un braguero; refiere también: "las estranguladas por el anillo son peores que las atragantadas"³.

Lozano comenta que: "un 5% de los casos logra la Naturaleza encontrar una vía salvadora por medio de un flemón y fistula estercorácea. El 95 porciento de los casos abandonados a sí mismo viene la muerte"⁶.

TRATAMIENTO DE LA HERNIA EXTRANGULADA

Tratamiento de la hernia extrangulada por la irrigacion de eter

Segun el método de Finkelstein, es decir, vertiendo sobre el tumor de media en media hora una cucharada de éter El Dr. D. V. Bartz haberlo empleado con éxito: "...La

xviii.- Vómitos fecales *misere mei*, según Lozano.

hernia desapareció espontaneamente, ó a beneficio de una ligera presion, tardando en reducirse, cuando más, cinco horas. Entre las hernias, había algunas que llevaban cuatro dias de estrangulación. El autor tambien refiere el caso de una mujer de sesenta años que venía padeciendo, desde nueve dias antes, estreñimiento vómitos fecaloideos, timpanitis, etc.; el pulso era filiforme, y el estado de la enferma extremo. Se recurrió á la irrigacion de éter sobre el abdomen. A la hora y media hizo deposiciones abundantísimas, restableciéndose por completo...^{xix, 13.}

Tratamiento de la Hernia estrangulada por medio del café y de las inyecciones hipodérmicas de morfina (recogido del Bull. de thér.-New-York. méd.- Journ. de thér.)

El Dr. Meplait refiere la reducción de 16 hernias estranguladas rebeldes a la taxis: prescribió una taza infusión ordinaria de café cada media hora, hasta doce si era necesario; dos lavativas con un cocimiento de 250 gramos de café crudo en 500 de agua; unturas con extracto de belladona sobre el trayecto inguinal; reposo en decúbito dorsal con los muslos doblados sobre el vientre.

En tres casos el Dr. Alois practicó una inyección subcutánea de 0,006 de la sal en 3 gramos 2 centigramos de agua, consiguiendo una relajacion de las partes que extrangulaban el intestino, consiguiendo la reducción con una nueva tentativa de taxis²².

MÉTODO SUBCUTÁNEO del Dr. Diaz y Gonzalez

El Dr. Isidoro Diaz y González refiere su técnica: "...coloqué el dedo medio de mi mano derecha entre el tercio medio é inferior del escroto y ranversándole de fuera adentro y de abajo arriba, ó invaginándole, llegué con gran dificultad al anillo, que estaba relleno por el tumor; tuve necesidad de cambiar de dedo, valiéndome del pulgar, como más fuerte y alternar, pero prefiriendo el medio, cuya sensibilidad es más esquisita; tuve temores de que se me fracturara al querer penetrar por dicho anillo, lo cual, despues de muchos esfuerzos logré. Hecho esto, la cara palmar del dedo colocada hácia arriba y adelante, tiré hácia arriba y afuera y el anillo se desgarró en esa direccion

xix.-Dr. D. V. Bertz (de *The London Medical Record*). D. Rafael Ulecia y Cardona. Revista de Medicina y Cirugia Prácticas. Madrid. Imprenta de Nicilá Moya.1885. Páginas 665-666.

produciendo sobre la palma de mi dedo, la sensacion del paño cuando se rompe solicitado por el dedo; el anillo se desgarró por la union de los dos pilares, en que las fibras está entrecruzadas...despues comprimí alternativamente el tumor cuyos líquidos y gases penetraron en el vientre; las asas intestinales las hacía pasar con mis dedos (tres de estos pasaban por la abertura), y quedaron contenidas por un vendage que partía del tronco, se cruzaba en la region inguinal correspondiente sobre una gruesa compresa, por medio del nudo enfardelado; repetidas estas vueltas muchas veces, y colocando dichos nudos á alguna distancia formaba un enrejado...

...Cuando no era posible desgarrar el anillo, colocho el extremo del dedo anular derecho sobre la parte anterior é inferior del tercio medio del escroto y dirijiéndome de abajo arriba formando el dedo de guante á espensa del mismo escroto ó invaginándole, llegué hasta el anillo y penetré en él, y por más esfuerzos que hice me fué imposible romperlo; allí creí llegado el momento y oportunidad de hacer uso de un bisturí botonado, que al efecto habia yo envuelto su hoja en un pedazo de lienzo que pedí dejando libre tres líneas en su punta roma, deslicé el dedo de la manera antes dicha, pero armado con el bisturí, cuya hoja la llevé tendida sobre la cara palmar del citado dedo, tocando la punta roma de aquél al extremo del dedo; llegué con él hasta el anillo, volví el filo hácia delante y afuera, corté la piel sobre el borde del anillo, en un espacio de dos milímetros, corté el borde del mismo anillo en el vértice del ángulo formado por los dos pilares, y estendí la incision en aquella direccion, como tres ó cuatro milímetros hácia arriba y afuera, respetando la direccion de los vasos y el cordon; con esto fué bastante para franquear el paso: hecho lo cual saqué el dedo y el bisturí, soltando el escroto, y la pequeña incision que hice en éste quedó á cinco centímetros del anillo, no habiendo correspondencia ninguna entre ésta y la otra herida; las molestias que el enfermo sufrió le parecieron las mismas que había sufrido con la táxis; el anillo estaba abierto como para permitir la entrada de dos ó tres dedos mios, llevando por delante la piel. No salió sangre ninguna, no habia mas que la pequeña herida del escroto, parecía una picada de sanguijuela. Terminado ésto, coloqué el vendage enfardelado sobre gruesas compresas; dejé al enfermo en absoluta quietud, posicion supina, dieta vegetal, agua azucarada, pocion y enema oleosas. Al cuarto dia le permití algunos caldos ligeros; al quinto más consistentes; dia sexto ,concedíle de alimento seis bizcochos y caldo; dia séptimo, coloqué nuevamente el vendage por haberse aflojado, tomó una ligera sopa; dia

octavo dos sopas; noveno día, tres sopas y alguna carne; día décimo , se levanta al enfermo para hacerle la cama; día oncenno, se levanta; el doce, trece y catorce, se levanta y come bien, sintiéndose bueno; el vendage se había aflojado; quité el vendage y le hice colocar el braguero, y salió al calle á los quince dias de operado"¹⁰.

También narra **Díaz y González** complicaciones de su técnica:"Una joven de 25 años con una hernia crural irreducible; siendo ineficaz la taxis, determiné desgarrar el anillo sin incidir la piel, y reduje la hernia: pero produje gran magullamiento en todos los tejidos, que terminó destruyendo la piel, y se formó también un ano preternatural; sucumbió la enferma á los dos meses"¹⁰.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA EXTRANGULADA

Quelotomia

D. Diego de Argumosa la define como "la operación cruenta que tiene por objeto abrir el saco de las hernias para destruir la extrangulación de los intestinos y restituirlos á su lugar...Es una operacion muy grave..."²³.

Como dice **Ribera y Sans**, en la Enciclopedia de **Ashhurst**: "Considerada antes la táxis como la regla y la quelotomia como la excepción, se tiende á invertir los términos, y se va admitiendo que operar es la regla en la hernia estrangulada; cada vez mas se va limitando las indicaciones de la taxis, no son admitidas ni las forzadas, ni las

prolongadas. La quelotomía, operación grave en sí misma, aparte de los factores que aumentan su gravedad, ha dejado de serlo, y es tal vez la operación que mas beneficios ha reportado de los procedimientos antisépticos. Gracias á la seguridad que da al operador los métodos antisépticos, se deben desterrar del tratamiento de las hernias estranguladas algunas operaciones, que como la quelotomía sin abertura del saco, se comprendían bien cuando era temible la abertura del peritoneo..."¹².

El Dr. Cardenal nos dice: "gracias á los beneficios de la antisepsis será doblemente criminal, dado el estado de nuestros recursos quirúrgicos, entretener á los enfermos afectos de estrangulación con tentativas inútiles é infructuosas. Ensayada una taxis racional moderada, así como el efecto relajante del baño tibio general prolongado, todo enfermo de la hernia estrangulada debe someterse á la acción del cloroformo, á fin de ensayar en la narcosis la reducción incruenta de la parte herniada, y si ésta no es posible debe procederse á la herniotomía, aprovechando la misma narcosis".

También aconseja: "desinfección minuciosa de la zona afecta y del asa intestinal herniada por su empapamiento en una solución fenicada al 3 por ciento hasta que tome un tinte opalino, reducción drenaje, sutura y apósito antiséptico duradero de Neuber...Yo mismo tengo la convicción de que muchos operados se han perdido, en épocas pasadas, por desarrollarse en ellos una peritonitis séptica, producida por la reintroducción de un asa intestinal, cuyas paredes, aunque aparentemente sana, han perdido su normal impermeabilidad para el contenido infectante del tubo digestivo...La benignidad relativa de estas operaciones con los actuales medios quirúrgicos, ha hecho que se generalice también la cura radical de las hernias, sean ó no irreducibles"¹⁶.

Olivares la define: " La quelotomía consiste en abrir el saco, suprimir el agente de la estrangulación, y terminar por la cura radical si es posible"⁸.

Indicaciones

Cuando está contraindicada la Taxis, en las hernias irreducibles antes de

estrangularse; cuando la táxis no da resultados; cuando haya mediado mas tiempo del que se considera oportuno para intentar la reduccion; en algunas variedades especiales de hernia. En una palabra, siempre que la táxis no se deba hacer, ó no dé resultados, aun en los casos mas graves de cólera herniario, de lesiones pulmonales extensas, de un estado general grave, ha dado buenos resultados; tal vez la única contraindicacion es que la muerte sea inminente, pero mientras haya la más pequeña probabilidad de éxito se debe operar¹².

Preparación preoperatoria

D. José Ortiz de la Torre advierte que está terminantemente contraindicado el purgar a los enfermos con hernias estranguladas. Pero aconseja prevenir "contra el colapso circulatorio mediante inyecciones de suero artificial (Fórmula de Hayen). Si el estado del enfermo es muy apurado, deberá suprimirse la anestesia clorofórmica, y creo muy poco prudente usar ni la local con la cocaína, pues sabida es la infidelidad de este agente, y la profunda depresión de fuerza que origina. Preferible sería recurrir á la anestesia de la piel con cloruro de etilo"⁷.

Posición

San German recomienda la misma posición que él aconseja para la taxis (Ver en taxis). También aconseja colocar el enfermo con la rodilla ipsilateral doblada "para que se ponga laca la cutis del tumor"².

Como es tradicional, también se aconseja la posición ahora llamada de Trendelemburg⁸.

TECNICA de la QUELOTOMIA (figura 9)

D. Diego de Argumosa, en 1856, refiere el instrumental y el personal necesario: "bisturies, recto, y convexo y de boton. Este último, tanto mas adecuado al caso, cuanto de hoja mas angosta, es mejor recto que convexo, y mejor aun que cóncavo. La sonda acanalada y de ranura sin tope; las pinzas de disecar; las de ligar vasos, sin perjuicio de las agujas para lo mismo y del tenáculum, son los instrumentos mas precisos. Su 2 aplicacion pudiera tener tambien las tijeras corvas, y el gancho de Arnaud, tan injustamente olvidado. Un ayudante facultativo por lo menos es preciso, y cuantos

auxiliares pidan las circunstancias..."

Describe una técnica semejante a la explicada hasta ahora: Incisión sobre el tumor herniario, sobre pasandolo el extremo superior, ligadura de los vasos sangrantes, disección de las diferentes capas con bisturí convexo y pinzas de disecar, o con la sonda acanalada y el bisturí recto hasta llegar al saco, que se abre con el bisturí de botón o con las tijeras, reducción del intestino, aconsejando perforarlos por varios sitios con la aguja de suturas, para que salgan los gases y se descomprima; ayuda para la reducción con el gancho complanado de Arnaud, o con el gorgorete de Leblanc. Aconseja tratar con embrocaciones etéreas el meteorismo excesivo del vientre, para condensar los gases.

Si nada basta recurre al "desbridamiento ó division de los tejidos que causan la estrangulacion". Este es el tiempo mas grave de la quelotomia, pues espone a hemorragias actuales, y a hernias posteriores. Lo realiza con el bisturí de boton, controlado sobre el dorso del dedo índice, que protege los intestinos; se realiza unos tres cortes, de una linea cada uno. No extirpa el saco, y considera inútil emplearlo como tapón. Refiere que: "... a veces hay dos arterias epigástricas, una al lado interno, otra al esterno del anillo, por lo cual pierde mucho en seguridad la regla general de *desbridar hácia la parte interna ó esterna, segun que la hernia sea interna ó esterna*. En este ultimo caso siempre queda libre de este riesgo la parte esterna. En todos los demás es lo mas seguro desbridar hácia arriba, y no dando á la incision, ó incisiones, mas de dos lineas...En la mujer preferir desbridar hácia arriba, y el desbridamiento múltiple".

En las grandes hernias escrotales aconseja un drenaje del escroto: "...Cuando estas hernias han llegado á ocupar todo ó gran parte del escroto, la abertura del tumor, si es completa, da lugar á la salida del testículo, y si limitada á lo preciso en su parte superior, ocasiona acumulacion de sangre y pus en el fondo inferior. Es preferible conservar integro lo mas posible el escroto, y hacer en él desde la primera cura una contra-abertura, y para que ésta no desaparezca se procura la permanencia y renovacion de un lechino en el orificio inferior, con un hilo que queda siempre ocupando todo el tramo de arriba á abajo..."

Cuando las múltiples adherencias, e irregularidades de saco impide la reducción, se limitan a debridar y liberar el intestino²³.

Segun Ribera y Sans, en la Enciclopedia de Ashhurst:

"...Se debe administrar cloroformo, salvo contraindicaciones generales, gran extension de las lesiones, á la edad en algunos casos y sobre todo al colapso, y á las hipotemias debidas á la estrangulacion...

Precauciones antisépticas: hay que desinfectar instrumentos campo operatorio, operador y ayudantes. Los instrumentos necesarios, y que deben sumergirse en la disolucion fenicada al 5 por 100, son: bisturí recto ó convexo, bisturí de boton, que sustituye á los herniotomos, tijeras rectas y curvas, separadores, sonda acanalada, tenáculo, pinzas de presion y de disecar, agujas, catgut ó seda, á la que ya se va dando preferencia.

Se desinfecta la region, siendo conveniente la pulverizacion fenicada, cuando no los irrigadores, por lo menos hay que regar la herida de cuando, en cuando con una disolucion antiséptica.

Si el enfermo presenta signos de colapso, se debe envolver las extremidades en sábanas calientes, y descubrir el cuerpo lo menos posible.

Se coloca el enfermo en el borde de la cama ó sobre una mesa en decúbito dorsal y se procede al

Primer tiempo: Incision de la piel y de las partes blandas: Con el bisturí recto ó convexo, siguiendo el eje mayor del tumor heniano, debiendo alcanzar hasta el extremo inferior, y por arriba hasta dos ó tres traveses por encima del cuello; capa por capa. Si se corta un vaso se coge con pinzas hemostáticas.

Segundo tiempo: Buscar, descubrir, y abrir el saco: De importancia es recordar que en las hernias del intestino grueso el saco puede faltar, ó ser incompleto. Se coge el saco con una pinza de disecar ó dentada, y con el bisturí se hace una pequeña incision, por la que se introduce una sonda acanalada, y por encima de ella se incide el saco en toda su longitud. El líquido que contiene el saco es séptico, pues Nepveu ha demostrado la existencia de microorganismos(*Cercomonas intestinales*¹²), que es indudable que han pasado del intestino, y es indispensable desinfectar la cavidad del saco con la disolucion fenicada al 1 por 20, ó con la de sublimado al 1 por 100.

Tercer tiempo: Debridamiento: Con el dedo se encuentra el anillo fibroso que comprime á las visceras, que se debrida con un bisturí de boton, ó un tenotomo romo de hoja pequeña y delgada. El dedo índice izquierdo protege al intestino, y guia al

bisturí; al llegar al anillo se hace un corte de 4 ó 5 milímetros, si no basta es preferible hacer varias incisiones que hacer debridamientos amplios, que exponen á la herida de vasos.

En la hernia inguinal se debe debridar hacia arriba y ligeramente hácia afuera.

Cuarto tiempo: Reduccion del intestino: Antes hay que desinfectarlo con la disolucion fénica, ó con la de sublimado, caliente; para comprobar que el asa intestinal está sana, examinarla minuciosamente, sobre todo en el surco de la estrangulacion. No se debe hacer la reduccion en los casos de perforaciones y de gangrena, infiltracion purulenta, úlceras, por muy superficiales que sean. La coloracion oscura y negra del asa no bastan para impedir la reduccion, si está lisa, caliente, de igual consistencia en todos sus puntos, y sobre todo, si al contacto con los líquidos calientes se contraen las partes que tienen dicho color. El epiploon se reduce, pero si hay duda de su estado, ó si existe en gran cantidad, se reseca bajo ligadura única ó múltiple.

Quinto tiempo: Tratamiento operatorio ulterior de la hernia: Se debe intentar lo que se ha dado en llamar cura radical de la hernia; hoy la mayoría de los cirujanos están contestes en que se debe aprovechar la quelotomia para intentar curar al enfermo de un modo definitivo; tiene algunas excepciones: cuando el operado es muy viejo o está muy deprimido, por otra afecciones ó por la hipotermia; en estas circunstancias, se suture ó no la abertura del saco, basta hacer una cura antiséptica rigurosa, quedando terminada la operacion.

Las tentativas de cura radical, después de desbridar se habian intentado desde A. Pareo, pero los resultados obtenidos hasta estos últimos tiempos habian hecho que tal práctica se olvidara, hasta que gracias á la antisepsia, hoy se hace por casi todos los cirujanos.

La hemostasia debe ser lo más perfecta posible; la herida se lavará con una disolucion antiséptica; es muy prudente colocar en su parte profunda un grueso tubo de desagüe, que debe salir por la parte más declive, reuniendo despues toda la herida, excepto por el punto donde pasa el tubo de desagüe, y aplicando sobre la herida un apósito antiséptico. Hay que procurar á todo trance la reunion inmediata, porque desaparece la probabilidad de las complicaciones, y la cicatrices más sólida, sostiene mejor las paredes abdominales en este punto...¹².

Malgaigne, traducido por **Salazar**, expone su propio procedimiento: "hago una incision, no sobre el saco y el escroto, sino sobre el punto mismo donde parece residir la estrangulacion, prolongándola por encima y por debajo en la estension que exija la gordura del sugeto y el volúmen de la hernia. Divididos de este modo todos los tejidos hasta el peritoneo, no hay que temer herir los vasos que se tienen á la vista y pueden separarse á la voluntad. Si se halla que la estrangulación depende de una abertura fibrosa, no se toca el saco y se reduce la hernia; si no, se divide el cuello á pequeños cortes, se hace una ligera incision en el peritoneo, bien sea por encima bien por debajo del cuello, y se levanta éste con una sonda acanalada sobre la cual se le corta. Hallo en este procedimiento la ventaja de que el cirujano ve lo que hace; que se llega á la estrangulacion por el camino mas corto y con la menor incision posible"⁹.

También expone **Malgaigne** el procedimiento ordinario: " El operador se coloca al lado derecho, y puede estar de pié, sentado ó de rodillas; coge la piel que cubre la hernia en un pliegue y que cruce en ángulo recto el diámetro mayor del tumor, entrega á un ayudante una estremidad de este pliegue, y cogida la otra con la mano izquierda lo divide hácia su base. Esta incision debe subir seis líneas por encima del anillo y bajar hasta la base del tumor, siguiendo su mayor diámetro...Los vasos abiertos en este primer tiempo son pocos voluminosos, y basta en general frotarlos un poco, torcerlos ó hacer simplemente que un ayudante aplique el dedo encima.

El segundo tiempo consiste en poner al descubierto el saco herniario, para lo cual es preciso dividir las hojas celulosas que le cubren, con la sonda acanalada y con el bisturí ó las tijeras; el cordon espermático puede en algunos casos presentarse delante del tumor, y en las hernias antiguas están á veces las partes que lo constituyen desparramadas; puesto el saco al descubierto se perfora por su parte inferior, anterior, y un poco esterna: se introduce enseguida la sonda y se divide estensamente; luego se dividen las adherencias, respetando las anchas y las íntimas. Bien reconocida la estrangulación, se hace uso para el debridamiento de un bisturí de boton estrecho, envuelto en una cinta hasta algunas líneas de la punta, y dirigido por el dedo índice (**Dupuytren**). Se coloca primero la uña de dicho dedo entre el intestino y el círculo que hay que dividir, y su yema sirve de guia al bisturí, cuyo boton se introduce hasta mas allá

de la estrangulacion, y si es necesario hasta el vientre, antes de volver el corte al borde resistente. Cuando la estrangulacion reside al nivel del anillo exterior, ó cuando el cuello del saco ha sido atraído hácia fuera, no hay que temer á ninguna arteria, y puede hacerse el debridamiento en cualquier sentido. Pero si el cuello permanece introducido en el anillo inguinal la incision tiene que penetrar en el abdomen y presenta entonces graves dificultades. No puede debridarse hácia abajo en ningun caso, so pena de herir la arteria epigástrica si la hernia es esterna, ó el cordón espermático si es interna. Hácia arriba y fuera se hallará esa misma arteria si la hernia es interna. **Petit, Scarpa, Richerand, Dupuytren, y A. Cooper** han decidido desbridar directamente hácia arriba. Este procedimiento puede esponer á herir la arteria algunas veces, pero ofrece mas garantías que los anteriores, y aun en los casos en que se presente el vaso delante del bisturí, su direccion oblicua podrá permitir huir del filo del instrumento.

Hallándose además separada la arteria 2 líneas por lo menos hácia la parte esterna del anillo, se ha recomendado no prolongar la incision mas allá de ese término; pero como un desbridamiento tan ligero es por lo comun insuficiente, puede obtenerse entre una incision mas estensa, que era lo que preferia **Dupuytren**, y el *desbridamiento múltiple*, recomendado por **Scarpa y Petrunti**, cuyo medio consiste en practicar dos á cinco y hasta diez incisiones en vez de una sobre el borde que estrangula; basta dar á cada una de ellas una línea ó línea y media de profundidad.

En la hernia inguinal, la primera incision debe hacerse hácia arriba, y la segunda y la tercera hácia afuera, y finalmente las demás hácia dentro si son necesarias."

Dilatacion del anillo herniario por divulsion

San German narra que **Mr. Le-Blanc**, profesor de Orleans dice que no conviene que se dilate el anillo por incision; ha inventado un dilatatorio que lo hace por divulsion: es un instrumento que sirve en ciertos casos, mas en otros no alcanza, y como es mucho mas inocente que todos los bisturines herniarios, debe siempre probarse si bastará la dilatacion"².

Le Fort, traducido por **Corominas y Sabater**, aconseja incidir el anillo, para evitar la lesión de la arteria epigástrica, por encima y por fuera en las hernias oblicuas¹¹.

Le Fort, desde 1842, describe su propia técnica:

"Después de haber examinado el sitio de la estrangulación, practico una incisión que se prolonga por encima y por debajo del mismo, que en los sujetos de mediana gordura no pasa de 2 á tres centímetros. Divido la piel, la aponeurosis del oblicuo mayor, las fibras del oblicuo menor y del transversal; si el saco está alojado en el cordón, abro la cubierta fibrosa de este último; examino minuciosamente si hay algunos vasos que serpenteen sobre el saco para poderlos separar; y pongo de manifiesto el saco y el peritoneo un centímetro por encima é igual extension por debajo del punto estrangulado. Desde luego se percibe la ranura circular que ésta ha formado; divido el cuello por pequeños cortes; pero si la excesiva constricción me hace temer que la punta del bisturí pueda herir el intestino, practico una pequeña incision por encima del cuello en el peritoneo, ó por debajo del mismo en el saco, y pasando por debajo de aquél una sonda acanalada, los divido sobre este instrumento"¹¹.

Contraindicaciones de la Quelotomía

Comenta **W. Mitchell Banks**: "Cuando se descubre el intestino gangrenado en el saco no se debe dividir la estrechez"⁴.

COMPLICACIONES EN EL DESBRIDAMIENTO

Lesión de la arteria epigástrica

Roche y Sanson, traducido por **Delgras y Argumosa**, nos dice que es un accidente sumamente raro, y que: "no se conoce la lesion sino por las señales que acompañan comunmente á las hemorragias internas, y cuando ya no queda tiempo para remediarlas. **Mr. Lawrence** cree que si se llegase á conocer con tiempo esta lesion, se debería dilatar la herida sin vacilar un momento, poner al descubierto la arteria, y ligarla por sus dos extremos"³.

MORTALIDAD EN EL DESBRIDAMIENTO

Le Fort, traducido por Corominas y Sabater, comenta: "La operacion de desbridamiento con abertura del saco es una de las más graves de cirugía. De 220 operaciones practicadas en todos los hospitales de Paris, desde 1836 hasta 1842, la mortalidad fue de 133 ó sea del 60 por 100; ésta ha sido todavía mayor en los tres años de 1871-72-73, porque, exceptuando las hernias umbilicales que han terminado siempre por la muerte, de 170 operaciones de hernias estranguladas resultaron unicamente 36 curaciones; es decir, una mortalidad de 78,8 por 100. Los resultados de esta operacion son menos terrible en los hospitales de Londres, en donde de 266 operaciones en un espacio de tres años, no han resultado más que 135 muertos ó sea un 50 por 100. La primera edad ofrece mucho menos resistencia que todas las demás. Entre dos y quince años he encontrado 2 operaciones, 2 muertos. De quince á veinte años. 3 operaciones, 2 muertos; de veinte á veinticinco años, 14 muertos en 16 operaciones. Esta última proporción ya no se encuentra hasta la edad de la vejez.

Lo que sí tiene una poderosa influencia es la fecha de la estrangulación, Luke nos cuenta de 17 por 100 de mortalidad en los operados antes de las cuarenta y ocho horas; 40 por 100 en los operados despues de las cuarenta y ocho horas; y 46 por 100 en los que no tienen fecha precisa.

La terrible influencia de la taxis prolongada y repetida se ve en los resultados de Ph Boyer. Msneq, operando en el hospicio de la Salpêtrière, operaba inmediatamente y pudo así salvar 26 de los 28 que operó.

A fin de atenuar los peligros de la operacion, J. L. Petit propuso que se desbridara sin abrir el saco, es decir sin herir el peritoneo, procedimiento que treinta años despues reapareció en Inglaterra...siempre que puedo desbrido sin abrir el saco; pero no me es posible consignar hasta qué punto esta práctica aumenta las probabilidades de éxito"¹¹.

Causa de Muerte después de operar la Hernia Estrangulada

Comenta **W. Mitchel Banks**: "No mueren de peritonitis en aquél sentido de la palabra; mueren de la absorción de las materias sépticas introducidas en la cavidad del peritoneo. Hace muchos años cuando era patólogo de la Enfermería de Liverpool, examiné los cadáveres de muchos individuos que fallecieron después de la operación de la hernia estrangulada, y en los cuales no había cedido el intestino reducido. La mortalidad era considerable antes del tiempo en que empecé á suturar con catgut el saco, ó como hacemos ahora, á cortarlo y atarlo por el cuello. Solía encontrar la herida exterior en estado de putrefacción, y con líquido purulento. Pero no había ninguna violenta peritonitis general; sólo un poco de aglutinamiento de algunas asas"⁴.

CONDUCTA QUE DEBE SEGUIRSE CON RESPECTO AL CONTENIDO DE LA HERNIA

COMPROMISO DEL INTESTINO

Valor de la Albuminuria en la Hernia estrangulada

El Dr. Englisch ha encontrado albumina en la orina en las hernias estranguladas, desapareciendo de dos á cuatro dias despues de la taxis ó de la operacion...La albuminuria indica que el intestino está aprisionado, y su ausencia demuestra que el contenido del saco es el peritoneo ó el epiplon. Cuanto mayor es la albuminuria mayores son las lesiones del intestino estrangulado. La gangrena del intestino va acompañada de una albuminuria intensa. El menor indicio del albuminuria reclama la operacion inmediata^{xx 13}.

Ribera y Sans, en la Enciclopedia Internacional de Cirugia del Dr. Ashhurst, expone que puede presentarse tres casos: casos dudosos, aquellos con una pequeña escara ó perforacion; y en los que una porcion del intestino está mortificada, con ó sin perforacion.

En los casos dudosos, en los que el intestino tiene un color negruzco, pero todavia está tenso, ya hemos indicado que por medio de las irrigaciones caliente hay que ver si se contrae todavía, y en este caso se puede reducir, pero si no ocurriera así ó existieran ciertas lesiones superficiales y localizadas, mejor limitarse á desbridar y dejar fuera el intestino, pues de esta manera, si se perfora será al exterior, y, por lo tanto sin peligro, y si no está comprometida su vitalidad, se verá que se reduce poco á poco y que al fin penetra en el abdomen.

Si hay una pequeña escara ó una perforacion pequeña, que tienen menos de un centímetro de diámetro, lo mejor hacer una sutura parcial ó ligadura lateral, previa la escision de las partes del intestino cuya vitalidad sea dudosa. Este procedimiento ha sustituido á todos los que se han preconizado hasta ahora: la reduccion simple, que es

xx.-Dr. Englisch, (en el *Gesellschaft der Aertze*, de Viena). D. Rafael Ulecia y Cardona. Revista de Medicina y Cirugia Prácticas. Madrid. Imprenta y Libreria de Nicolás Moya. 1885. Página 359.

absurda y debe ser reprobada; la quelotomia sin reduccion, que no está justificada porque se forma una fístula estercorácea; y la formacion de un ano contranatural, cuyo tratamiento ulterior es mucho más grave que hacer la sutura ó ligar y reducir inmediatamente.

Si la gangrena del intestino es evidente, sólo dos caminos se pueden seguir: establecer un ano contranatural, ó excindir las porciones enfermas del intestino (enterectomia), reunir los dos extremos(enterorrafia circular), y reducir.

La enterectomia con enterorrafia ha sido hecha ya en bastantes casos: Julliard reunió en 1882 44 casos; Barette, 49, a los que añade Michaux cuatro de la práctica de Segond, mas hay que convenir en que es una operacion sumamente grave, aún prescindiendo de los casos de Segond, todos terminaron fatalmente, la mortandad de los caso conocidos no es inferior al 50 por 100. Esto hace que en Francia principalmente se prefiera el ano artificial.

Está justificada la sutura secundaria, pasado algún tiempo, y ya establecido el ano artificial, siguiendo la práctica de Julliard, no se hace tentativa de unir los extremos durante dos ó tres semanas, ya en condiciones más favorables. Las cifras que da Julliard: de 44 casos de operacion primitiva murieron 23; de 23 casos de operacion secundaria sólo 8 murieron; pero sin dejarse alucinar por estas cifras, porque falta por determinar el número de los que murieron durante las dos ó tres primeras semanas, puesto que el hecho de sobrevivir despues del ano artificial, indica que las condiciones generales no eran desfavorables.

Hay que admitir que en algunos caso la primitiva es el único recurso, y que, en consecuencia, se puede intentar cuando, con lesiones extensas, el estado general lo permita, no haya peritonitis, ni derrame de materias fecales: se puede traer al exterior toda la posicion mortificada y se hace por medio de sutura, la coaptacion de los extremos del intestino¹².

ESTRANGULACION Y GANGRENA DEL INTESTINO

D. Diego de Argumosa aconseja la enterostomia: "...De hallar gangrenado los intestinos, y aun abiertos, encharcados en sus mismos materiales derramados en el saco es inevitable el establecimiento de un ano preternatural...Sin embargo abierto el saco hallamos las visceras de un color de chocolate, o de mora madura, vivas pueden estas; pero si con este matiz coincide manchas cenicientas apizarradas, lívidas, y si a esto se le agrega, ó dilatación del intestino en los puntos maqueados, ó flacidez, desconfiemos de él, opngamonos á la reduccion, no toquemos al orificio del saco: si su constriccion quitó la vida del intestino, podrá dársela al paciente. Tanto importa retener el asa intestinal que se recomienda la aplicación de un fiador. Nos limitamos á la abertura longitudinal para anticipar la salida libre á los materiales. No conviene la escision de lo gangrenado. A su tiempo se verificará la eliminacion y el establecimiento de un ano preternatural²³.

D. Isidoro Diaz y González describe en un caso de entero-epiplocele crural: "...con gangrena del epiplon y oradado el intestino en una extension de centímetro y medio de diámetro: dejé el epiplon fuera de la cavidad, despues de haber debridado de dentro á fuera el anillo, y fijé el intestino á los lados de la herida por dos puntos de sutura, quedando establecido el ano artificial: fué eliminado el epiplon en los dias subsiguientes y el ano artificial cerró á los tres meses"¹⁰.

Ossorio y Bernaldo, y Gomez Pamo, traduciendo y completando lo obra de **Dubrueil** refiere: "Cuando la parte gangrenada corresponde al anillo, y no comprende toda la circunferencia del intestino, se puede desbridar como se hace ordinariamente. Se incinde á lo largo de la porción mortificada, sin excindirla, y se establece así un ano contra-natural. Generalmente existen al nivel del anillo adherencias peritoneales suficientes para que el intestino no corra el riesgo de entrarse espontáneamente en la cavidad peritoneal. Para mayor seguridad se puede pasar á través del mesenterio un hilo, que se fija sobre la pared del abdomen con un emplasto aglutinante.

Si la gangrena da vuelta á toda la circunferencia del intestino, se excindirá la parte mortificada y se podrán abocar y coser una con otra las dos porciones del asa dividiendo el mesenterio, ó bien fijarlas cada una por separado al nivel del anillo con dos ó tres puntos de sutura entrecortada, hechos de preferencia con un hilo de plata, y comprendiendo el intestino y la pared abdominal.

En el caso en que el intestino esté gangrenado hasta el nivel del anillo, es de

temer si se desbrida, que el intestino se perfore y deje pasar á la cavidad peritoneal las materias que contiene...Gosselin recomienda dilatar el anillo con el dedo introducido en el intestino hasta que se haya obtenido la salida de las materias"¹⁴.

Le Fort, traducido por **Corominas y Sabater**, nos dice: "Cuando el intestino está ulcerado, se pasa un hilo á través de los labios de la ulceracion, á fin de mantener ésta inmediata á la herida exterior, miéntras que se reduce toda la porcion restante..."¹¹.

D. Diego de Argumosa describe:...Si se nos presenta una coartacion tenaz o una escara sospechosa, fatal podria se la reduccion, pues en el primer caso seguiria el enfermo con los sintomas de estrangulacion, y en el segundo, espuesto á un derrame estercoráceo, dicha escara, si no se restablece la circulacion, permanecerá al exterior con un fiador ó asa que la abraza por el mesenterio. Si la escara no escede el diámetro de dos lineas, se debe reducirse, manteniéndola al asa contigua, para que establezca adherencias..."²³.

Lozano, en 1929, comenta: "el cirujano que halla gangrenada la pared del intestino tiene que elegir entre dejarlo fuera, haciendo un ano artificial, o hacer una resección y anastomosis en las malísimas condiciones de vitalidad y de sepsis que existe en la región...

...Creemos nosotros que cuando la hernia extrangulada tiene más de tres días, lo mejor es hacer una laparotomia por encima del anillo, seguida de una resección intestinal, y establecer una enteroanastomosis; dejar el asa en su sitio completamente ocluida; cerrar la cavidad abdominal; proceder a la abertura del saco taponado con gasas"⁶.

Comenta **W. Mitchell Banks**, individuo del Real Colegio de Cirujanos de Liverpool:

"Indicaciones para la Resección Intestinal (y Anastomosis)

...Deben ser muy pocos, siendo necesario que el paciente sea joven y vigoroso; que el saco no esté lleno de pus ó evacuaciones de un intestino perforado, y que la operación se haga á la luz del dia, y con una competente asistencia y con precauciones antisépticas.

Hasta ahora la estadística de resección del intestino delgado muestra una mortalidad de un 52 por ciento, mientras que haciendo un ano artificial se alivian todos

los síntomas del paciente, en tanto que tiene una probabilidad de curación subsiguiente: *a*, por obliteración espontánea; *b*, por el uso del enterótomo ó del tubo de goma elástica; y *c*, por el empleo de la resección en período posterior, cuya estadística demuestra una mortalidad de sólo 38 por 100."⁴.

¿Qué debe hacerse con el intestino gangrenado?

¿Ha de dejarse sólo, de hendirse ó de cortarse?

Nos dice **W. Mitchel Banks**: "No creo que esta cuestión sea de interés vital, pero siempre lo he hendido porque esto lo saca de sus jugos más rápidamente que si se le deja solo. Verdaderamente no es asunto de importancia lo que se haga con el intestino muerto. En todos los casos se deshará, merced á una cataplasma en el término de treinta y seis horas."⁴.

Ossorio y Bernaldo, y Gomez Pamo, traduciendo y completando la obra de **Dubruell**, nos expone: "Cuando el cirujano haya perforado casualmente el intestino, ó cuando exista una sección poco extensa producida por la extrangulación, hará la sutura y reducirá enseguida el intestino."¹⁴.

GANGRENA Y COMPROMISO DEL EPIPLON

D. Diego de Argumosa²³ resume lo que puede ocurrir con las distintas técnicas: "...Mucho mas grave es el caso de la gangrena de epiploon, no por la mutilacion en sí sino por la dificultad de adoptar resoluciones sin inconvenientes: La escision de lo gangrenado, para reducir lo demás, si esto se ha de hacer con seguridad, es preciso resecar porciones altas; si se reduce sin ligar vasos, podria ocurrir hemorragia internas que han sido mortales. Si se ligan los vasos, causarán los hilos inflamacion en el peritoneo. Si por huir de este inconveniente se ligan el epiploon en masa, vendrán los síntomas y resultados propios de la estrangulacion, (pues igual ó mayor será que la que sufrió al través del anillo, y tambien han sido frecuentes y fatales, los casos de flebitis, de inflamacion flegmonosa y abscesos.

Estas consideraciones sugieren una regla bien obvia y ventajosa: Dada la gangrena

del epiploon, asegúrese su **permanencia al exterior**, a este nivel se esfoliará, sin alterar sus relaciones con el anillo, las adherencias que con él contraiga hasta servirá de **obstáculo á las nuevas hernias**. La tension incomoda que hace sentir la ereccion del tronco, ó la replecion del estómago desaparece con el tiempo...

San German comenta: "Si hay salida de epiplon y está sano, se reduce y la herida se cura por primera intencion. Algunos aconsejan dejarlo sin reducir para que se reuna á las partes continentes á fin de impedir en lo sucesivo la formacion de hernias ventrales. Si el epiplon está estrangulado, se dilata la herida por el ángulo mas facil y se reduce si no está muy inflamado. Si se halla gangrenado ó muy procsimo á la gangrena, se deja á fuera: en el primer caso se corta la porcion gangrenada á media linea sana. Atár el epiplon y dejarlo con violencia á fuera con el designio de impedir hernias ventrales, es esponer al paciente á peores males que el que se quiere evitar. **Ponteau y Petit el hijo** han observado que los que habian sufrido dichas ligaduras padecian frecuentes vómitos, febricitaban continuamente y finalmente morian antes del año de la operacion. En la abertura de sus cadáveres se hallaba un tumor linfatico, cuyos bordes eran muy dobles, y en su interior contenia materia puriémula.

El cortar el epiplon en la parte mortificada á media linea de la sana es consejo de **Sharp**.

Tambien nos habla **San German**: "Si es epiplocele y supura, hecha la supuracion con rebaja de síntomas sin postracion, sin perfrigeracion, sin sudores frios, sin amorotamiento, y se nota la fluctuacion en toda la estension del tumor; en esta caso se dilata como un absceso y se cura; pero despues es preciso el uso del braguero para evitar la recidiva."².

Ossorio Bernaldo y Gomez Pamo, traduciendo y completando la obra de **Dubruell**, nos dice que: "...cuando se encuentra epiplon en la hernia es prudente no reducirlo, aun cuando aparezca sano...la ligadura en masa no está exenta de peligros...**Bonnet, Valette**, y **Desgranges** han destruido con la cauterización con la pasta de **Canquoin** el epiplon abandonado al exterior. **Desgranges** cauteriza el pedículo del epiplon con un enterotomo de **Dupuytren** cargado con cloruro de zinc. Lo mismo vale abandonar el epiplon sin cauterizarlo."¹⁴.

Le Fort, traducido por **Corominas y Sabater**, comenta: "El epiploon gangrenado debe ser retenido al exterior; esto es una regla universalmente aceptada; pero cuando

parece estar en buen estado, al principio me pareció provechoso reducirlo, pero despues me encontré alguna vez con que el epiplon se gangrenó en la cavidad abdominal. Por consiguiente, como en reducirlo no se gana gran cosa, y nos exponemos á perderlo todo, he establecido como regla general en mi practica el dejarlo al exterior."¹¹.

Braithwaite, traducido por **Enrique Camps y Rocha**, comenta que el **Dr. Southan**, indica respecto al tratamiento del omento estrangulado, que debía utilizarse para las tentativas de cierre de la abertura herniaria haciendo la transfixión de su pedículo y el cuello del saco con la misma ligadura y asegurando así la incorporación del muñón omental en la cicatriz. Este procedimiento es más fácil en los casos de hernia crural⁴.

Olivares nos dice en 1922: "El epiplon debe ser resecado bajo una perfecta ligadura. El intestino debe ser minuciosamente lavado con agua esterilizada o suero caliente, maniobra que nos permitirá juzgar de su estado: si el intestino está enfermo, las placas de gangrena se hacen bien aparentes por su color de hoja seca; el intestino aparece mate y no reacciona cuando se le lava con agua esterilizada o suero caliente. Si la porción gangrenada es pequeña puede ser hundida bajo una sutura simple o doble; pero en el caso en que ocupe una gran extensión, la resección de todo el intestino gangrenado se impone, siendo el procedimiento de elección en contra de la práctica del ano artificial"⁸.

TRATAMIENTO DE LA HERIDA y del POSTOPERATORIO

Nos dice Ortiz de la Torre:"...Queda una herida susceptible á la aproximacion regular y mantenimiento en contigüidad de los tejidos, y en este sentido se ha procedido muchas veces, pero no es esta la práctica preferible, pues hay otra ventaja superior á esta: la de procurar una obliteracion sólida en el agujero de transmision; para sacar partido del tejido fibroso de la cicatriz, debe intentarla del fondo a la superficie, desde el anillo á la piel: un parche de cerato sobre la region del agujero herniario, sobre el que se aplica pellas de hilas, para terminar con un vendaje ligeramente compresivo...

...Queda el enfermo en quietud permanente en decubito dorsal, alternando con el lateral opuesto á la operacion. Debe excusar todo esfuerzo voluntario y neutralizar con la oportuna aplicacion de la mano los que por estornudo ó tos no puede evitar.

No debe darse al enfermo, hasta que aparezcan las primeras deyecciones alvinas mas que agua con azucarillos. Nada de purgantes. Alimentos liquidos y mucilaginosos hasta que pasen los dias en que pudiera desarrollarse inflamacion en los intestinos y en el peritoneo...

Pasados los primeros cuatro dias se procede á la renovacion del apósito"⁷.

San German considera posible en las heridas transversas y oblicuas del abdomen, sin lesion ni exteriorización de las partes contenidas, la sutura seca. No obstante en la kelotomia de las hernias estranguladas aconseja. "...se mantiene reducidas con una blanda pelota de hilas cubiertas de una fina compresa, se cubre el todo de hilas informes y se aplica el vendaje espica. Fiarlo todo á un parche aglutinante, como dice Bell, es esponerse á que con un golpe de tos ó estornudo vuelvan á salirse las tripas"².

Le Fort, traducido por Corominas y Sabater, nos dice: "Respecto a la cura, he ensayado la reunión de la herida exterior por sutura, y si bien algunas veces obtuve la curación completa en tres dias, en cambio una vez se desarrolló debajo de la sutura una inflamación que subiendo hacia la fosa ilíaca, determinó una extensa supuracion que acabó con la vida del enfermo; y desde entónces he preferido siempre curar la herida de plano, á lo menos en parte."¹¹.

Tratamiento Postoperatorio

D. José Ortiz de la Torre expone: "...para evitar la impregnación de orina, yo vengo empleando el colodión simple ó iodoformico, extendido sobre capas de gasa y de algodón, que cubran la incisión. Este recurso no puede usarse cuando se ha establecido algún drenaje; en tal caso no queda más remedio que la espica de la ingle. Los vendajes silicatados, que recomiendan los norteamericanos deben producir una gran incomodidad, y no se me alcanza qué ventajas pueden compensar aquel sufrimiento...

...El tratamiento postoperatorio no se diferencia esencialmente del de otra clase de operados que hayan sufrido una intervención de cierta gravedad: la alimentación escasa y gradual, empezando por leche y caldo y vino, y sostenida de caracter líquido, durante ocho días. La quietud en la cama, en decúbito supino de preferencia debe prolongarse por lo menos tres semanas, insistiendo en la compresión suave por medio del vendaje y, cuando la cicatrización es completa, hasta con un braguero. Defender al enfermo de los golpes de tos: la temperatura templada de la habitación, y el cuidado para evitar los enfriamientos para las personas sanas; cuando se opera catarrosos ó enfisematosos, el opio suele vencer el reflejo de la tos, al tiempo llena la indicación de paralizar el peristaltismo intestinal. Un punto capital es impedir el funcionamiento intestinal durante ocho días por los menos: el enfermo ha sido purgado la víspera de la intervención, y luego no hace uso de otra alimentación que la indicada, dejando pocos residuos. No usar purgantes después de la celotomía⁷.

DEL ANO CONTRANATURAL

Le Fort lo define: "es el resultado de una ancha abertura del intestino con pérdida de sustancia algunas veces y comunicando al exterior por un trayecto fistuloso. Una herida intestinal pequeña se limita á producir una fístula estercorácea, y las más de las veces cura espontáneamente"¹¹.

Nos refiere **D. Diego de Argumosa**:

"...Enterotomia

El tabique se forma por los extremos estomacal y rectal, cuando se hallan comprendidos en toda ó casi toda su circunferencia en el espesor de las paredes del vientre ; el espolon es el borde libre de este tabique, ó de la inflexion ó recodo del intestino cuando no existe. Sobre este espolon se hicieron incisiones, seguidas de agentes de dilatacion para dejar mas amplio descenso á los materiales desde el extremo estomacal al rectal. Tuvo á veces esta enterotomia resultados trágicos por ser ciega, por perforaciones completas del intestino. El enterotomo de **Dupuytren** vino á ser la tabla de salvacion para los enfermos, modificado por **Reybard** (fig. 10 y 11). Consiste en introducir las dos ramas del enterotomo, una en cada extremo intestinal, y en apretarlas una contra otra por medio de un tornillo, para que las paredes comprendidas del intestino se mortifiquen, inflamándose á la par y contrayendo adherencias todo alrededor de esta línea, resultando de esto que al caer, ó quedar libre el enterotomo, queda establecida la comunicacion entre el extremo superior e inferior sin riesgos de derrames...". Para facilitar mayor extensión de las adherencias de las serosas contiguas, diseña un enterotomo cuya rama delgada es prismática, y la rama grande tiene una ranura prismática , la cual recibe la rama delgada, habiendo mas superficie de contacto.

Colocamos al paciente en decúbito dorsal y lateral opuesto á la afección, contando con que, una vez colocado el enterotomo, es de necesidad la quietud constante. Por esto colocamos previamente el vendaje de cuerpo que ha de sostener el instrumento y el resto del apósito. Introducimos en seguida una sonda recta en cada uno de lo extremos intestinales, y conseguido ya, convertimos estas sondas en conductores de las ramas del enterotomo. Es preciso determinar la porcion de rama destinada á comprimir y dividir la porcion de tabique preexistente, descontando la porcion de ellas correspondiente á las paredes del vientre...Por esto creo que ha faltado alguna vez la enterotomia á su objeto, y por esto considero ineficaces los enterotomos de boca circular y elíptica. De pulgada

y media, poco mas ó menos, debe ser la abertura del tabique en su parte intraabdominal. Procedemos á consumir la compresion, pero por grados, con suspensiones y movimientos alternados, como para ahuyentar las asas intestinales que por su proximidad pudieran quedar presas á la vez. Graduada la compresion hasta el extremo que el tornillo puede, se coloca circularmente entre aquel y la piel piezas de apósito que eviten impulsiones hácia dentro, y con un vendote se fijará su asa al vendaje de cuerpo para evitar tracciones, hasta que la esfoliacion la deje libre, al sexto dia regularmente. No debe prescindirse del regimen severo: caldo de pollo ó ternera es lo mas que puede permitirse. Establecida la comunicación suficiente, deja de presentarse materia fecal en el orificio externo, pero persiste tenazmente la salida de algun fluido mucoso, mezclado con excrementos. Ademas de los auxilios comunes de las fístulas inventó Dupuytren sus almohadillas comprensivas...²³.

Saint Germain, traducido por Moresco, añade: "El ano contranatural no se debe confundir con el ano artificial. El primero es una abertura espontánea del intestino al exterior; el segundo es una abertura practicada por el cirujano encima de un obstáculo al curso de las materias fecales, segun los ingeniosos procedimientos de Littre, de Nelaton, y de Callisen²⁴.

Comneta Le Fort: "El orificio exterior del ano contranatural es generalmente único, pero algunas veces va acompañado de muchas pequeñas fístulas que se abren en un conducto único ántes de llegar al intestino. Este queda ordinariamente oculto detrás de la pared abdominal; pero no es raro verlo salir, invirtiéndose unas veces el extremo superior, otras el inferior, y hasta los dos extremos simultaneamente"¹¹.

Disposición

Continua Le Fort: "Cuando el intestino ha sufrido una sección parcial, forma un ángulo más ó menos agudo, que forma prominencia en el interior del intestino, dificultando el paso de las materias desde el extremo superior al inferior.

Si ha sido destruida toda el asa, los dos extremos quedan paralelos, el borde del tabique que los separa impide por completo el paso de las heces del uno al otro, borde saliente que ha recibido el nombre de **espolon**.

Es una disposicion más rara que el asa intestinal esté parcialmente dividida en uno y otro extremo; entónces el intestino se abre en el fondo de la fístula por dos

orificios, y se han visto casos en que existían dos anos contranaturales uno al lado del otro, separado tan sólo por un puente de tegumentos.

Es mucho más raro que el extremo inferior esté obliterado en el interior del abdomen y únicamente el superior de abra en la herida; cuando tal acontece no es posible practicar operacion alguna."¹¹.

Tratamiento Paliativo

Nos comenta **Le Fort**: "podemos paliar el ano contranatural, cerrando la abertura exterior con un obturador, esperando que la aparicion de cólicos advertirá al enfermo la necesidad de defecar; ó bien colocando en los bordes de la abertura un aro de marfil ó acero que lleva en su circunferencia un rodete de crin, y está cubierto de tafetán encerado, y tiene un agujero central fácil de obturar; ó podemos adaptar en la misma abertura un receptáculo de metal ó marfil sostenido por un braguero ó por un cinturon elástico."¹¹.

Cuidados del Ano Artificial

W. Mitchel Banks nos dice: "A una mujer se le cortó una nudosidad de intestino muerto, resultó un ano falso, y después uno tres meses que se dejó para que se contrajese espontáneamente, comencé el tratamiesto; bajo la acción del éter introduje en el agujero un pedazo de tubo delgado de goma elástica y dirigí una de sus extremidades a la parte superior del intestino, y la otra á la inferior, de modo que pudiese hacer presión sobre el espolón. Un cordón atado á él, y que salía por la abertura, le impedía ser arrastrado por el conducto. Este tubo después de poco tiempo fué reemplazado por otro más paqueño; pero otro de cierta forma estuvo colocado durante un mes; dando por resultado que las materias fecales pasasen por su verdadero conducto, mientras que el ano falso se hizo tan pequeño que fué difícil sacar el tubo. Una pequeña fístula fecal que quedó se cerró á los tres meses. La enferma no tuvo reproducción de la hernia.

Una hernia femoral en una mujer existía una pequeña nudosidad de intestino afectado. Quedó un ano falso con un espolón marcadamente puntiagudo. El orificio se contrajo tan rapidamente que se cerró con sólo taparlo con un corcho que obligaba á las

materias fecales á pasar por su verdadero conducto."⁴.

Tratamiento de las Complicaciones Exteriores

Continua Le Fort:

"Fístulas múltiples

Lo que conviene es reunir las en una sola respetando en lo posible los tegumentos.

Estrechez del conducto fistuloso

Podemos dilatarlo por medio de sondas, trozos de raíz de genciana, ó cilindros de esponja preparada; en caso necesario por medio del bisturí.

Inversion del intestino hácia el exterior

Lo primero que debe hacerse es reducirlo por la táxis ordinaria; cuando el extremo invertido esté muy tumefacto, se le cubre con un vendaje circular oblicuo, colocado de manera que ejerza una compresion moderada que vaya en disminucion desde el vértice hasta la base del tumor. Si la inversion va acompañada de estrangulacion, se procede al desbridamiento aplicando el bisturí en la raíz del tumor entre ésta y la piel y dividiendo hácia arriba, y sucesivamente la piel, la aponeurosis, y los músculos. Puede suceder que las adherencias haga imposible la reduccion; el único recurso consiste en escindir el extremo intestinal que sale al exterior..."¹¹.

Destruccion del espolon

Nos comenta Le Fort:

"Parece que Schmalkalden fué el primero que pensó y practicó la destruccion del espolon: introdujo en el extremo inferior un estilete cuya punta estaba cubierta con una bolita de cera; tomando por guia el dedo introducido en el extremo superior, perforó la base del espolon y por esta abertura introdujo el bisturí de boton con el cual dividió aquel tabique. Más tarde par ensanchar más la abertura con unas tijeras obtusas lo dividió á mayor profundidad. No se obtuvo la curacion completa hasta pasados dos años, porque persistió durante algun tiempo una pequeña fístula.

Physik, en 1809, atravesó la base del espolon con un hilo, y luego lo apretó, pero hasta despues de tres semanas en que creyó que se habrian producido adherencias, no practicó la seccion completa del espolon. El enfermo curó pero le quedó una fístula.

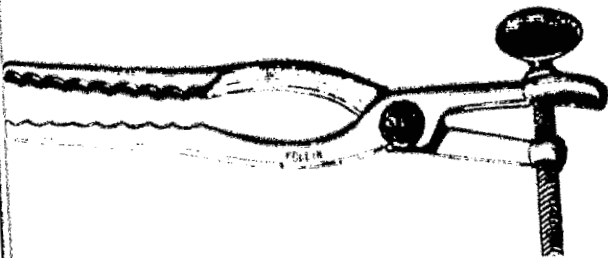
Estos procedimientos son peligrosos porque, si al dividir los tejidos se trapasase

los límites de las adherencias, se penetraría tal vez en peritoneo. Dupuytren ha hecho más segura esta operación.

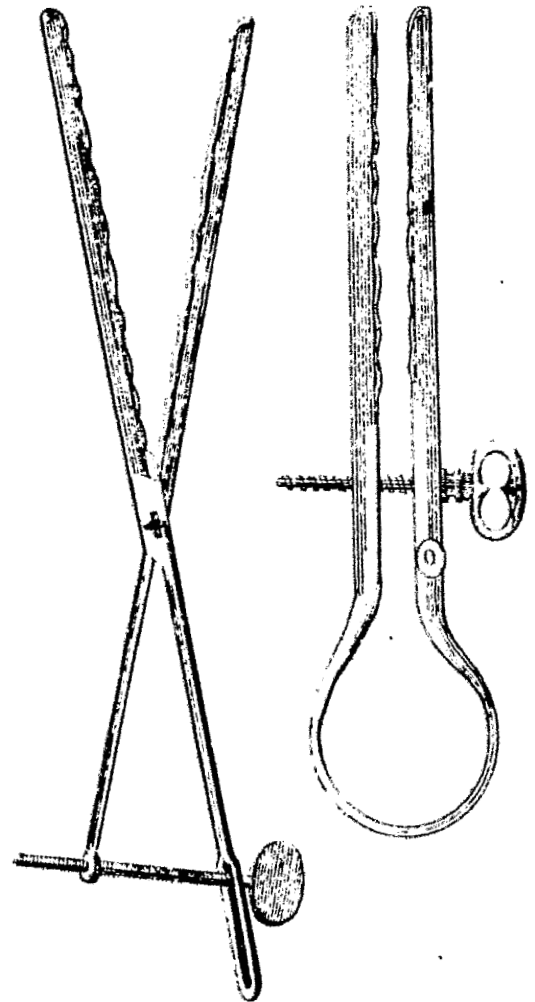
Procedimiento de Dupuytren.- el enterotomo de Dupuytren es una especie de pinza compuesta de dos ramas separadas; la *rama hembra* ofrece en una de sus caras un canal con la que encaja el borde agudo de la *rama macho*; el fondo de este canal es ondulado, y el borde de la rama que debe penetrar en ella presenta también ondulaciones correspondientes, á fin de aumentar la extensión de la superficie que el instrumento debe coger. Estas ramas se unen á beneficio de un eje móvil que va unido á la rama hembra y encaja con la mortaja que tiene la otra rama. Tiene cada una un mango de desigual longitud que se aproximan por medio de un tornillo de presión. Las ramas destinadas á penetrar en el intestino miden 11 centímetros."¹¹.

FIGURA 10

ENTEROTOMOS

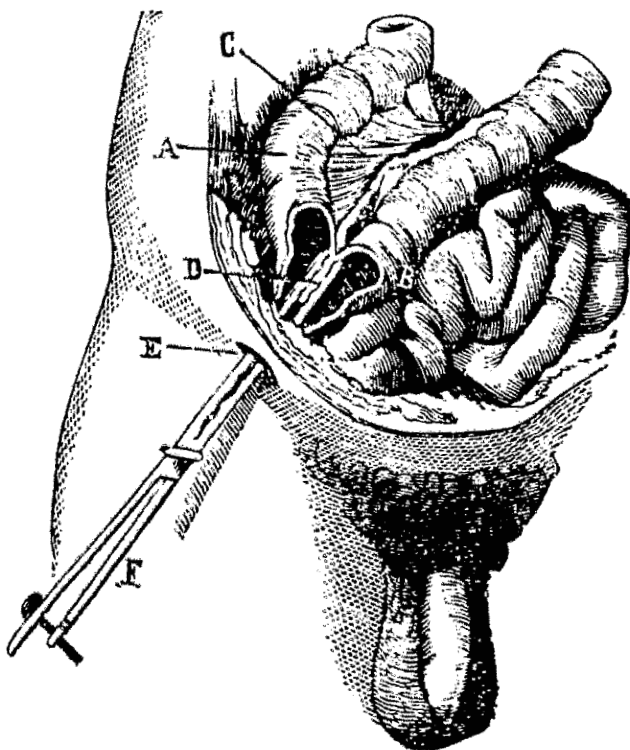


Modificación de Panas (11).



E. de Dupuytren mod. de Reybard

FIGURA 11: APLICACIÓN DEL ENTEROTOMO (18).-



A y B. Asa intestinal abierta por delante para que se vea el enterotómo.

C. Mesenterio.

D. Espolon formado por los dos extremos del intestino adheridos.

E. Herida exterior.

F. Enterotómo de Dupuytren.

MÉTODOS DE REPARACIÓN DE LAS HERIDAS INTESITNALES

Antonio de San Germán aconseja: "dar un emético en las heridas intestinales, porque impide que el quimo pase á ellos y se derrame por la herida; y á fin de que el vómito sea mas pronto, se escita con las barbas de una pluma de escribir untadas en aceyte. La situacion general que debe darse á las heridas es que los musculos del abdomen esten en lacsitud doblando las rodillas y levantando la espalda de modo que el tronco haga un semiarco. Las embrocaciones emolientes y redaños contribuyen mucho á la calma de los sintomas. En las heridas por instrumentos cortantes, si son longitudinales, la situacion debe ser supina con estension de los muslos; pero si son oblicuas ó transversas, se forma semiarco, manteniéndose supino en las transversas, y ladeado en las oblicuas.

Si el intestino se halla perforado por instrumento punzante, y su herida es tan pequeña que se halla tapada por un coágulo, se deja lo mejor que se pueda frente la herida de los tegumentos, asegurándose bien que por ningun lado padezca estrangulacion. Si las partes se hallan tumefactas sin poder entrar ni salir y no se las encuentra en la herida, se dilata el ángulo que mejor se pueda y menos peligro haya, entrando primero el dedo ó la sonda canalada y dilatando con el bisturí. Pero si dichas heridas se hallan en términos que sea difícil la reunion y facil el ecsito de materiales por ellas, en este caso se pasan dos ó tres puntos de sutura en asa. Si una grande proporcion de intestino se halla gangrenada, y se hace la invaginacion asegurada por la sutura de Ramdore perfeccionada por Rhist.

Si la herida del intestino es á lo largo del canal y por instrumento cortante, debe procurarse la reunion con la sutura de pellejeros sino pasa de cinco puntos, que impide la reunion preternatural del intestino á las partes vecinas"².

D. Diego de Argumosa²³ aconseja reducir el intestino sin mas en las pequeñas heridas, sobre todo si se observa su aproximación espontánea, causadas por el cirujano, o en las pequeñas perforaciones "por erosion ulcerosa".

Alguna vez necesitarian suturas. "Por pérdida de sustancia la inflamacion de sus extremos contraindican su aplicacion, son casos muy diferentes de las heridas recientes, es preferible el establecimiento del ano preternatural, manteniendo el orificio del extremo rectal siempre habilitado".

El ano preternatural que se forma á veces por gangrena ó herida de los intestinos, es preciso curarlas; espontaneamente se curan á veces, cuando el intestino conserva libre para el descenso de sus materiales un tercio siquiera de su cavidad, si es de los delgados, y una mitad si es de los gruesos²³.

En la Enciclopedia de Cirugia, de Ashhurst, el Dr. Morris, profesor de Edimburgo, recopila técnicas antiguas y actuales de suturas intestinales²⁶:

"Heridas Parciales

Si son muy pequeñas, del tamaño de un pinchazo: se ligan con seda.

Sutura entrecortada de asa. Método de Palfyn (1710-1726): Pasaba un asa en medio de la herida intestinal, fijaba los hilos al tegumento, y acercaba así el intestino á la herida exterior. Sacaba los hilos afuera; no cosía el intestino á los tegumentos^{xxi}.

Método de Ledran (1742): Explicado por D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde.

Método de Reybard (1827): utilizaba una placa de madera blanca, delgada lisa, y oval, de 35 milímetros por 6, que suspendía á favor de asas de hilos pasados por el centro, colocadas á algunos milímetros de intervalo, y en cada uno de sus extremos enhebraba una aguja. Esta lámina de madera era colocada en el interior del intestino, donde se mantenía, haciendo pasar las agujas á través del intestino á 6 mms de los bordes. Entonces se ponía juntas en una misma aguja curva las dos extremidades de cada hilo, y se atravesaban con ella los tegumentos, de dentro afuera, á 6 milímetros de la herida exterior. Se traccionaba de estos hilos para que la herida intestinal quedase aplicada contra la pared del abdomen. Se cogían los hilos con una venda, y á los dos días se cortaban, saliendo la lámina de madera con las cámaras^{xxii}.

Método de Jobert: Se remeten con una aguja los bordes de la herida y se pasan transversalmente por ellos los hilos, manteniendo en contacto las tunicas serosas, y

xxi.-Lapeyronie difiere de Palfyn, en que aquél pasaba los hilos a través de la insercion mesentérica del intestino, y suturaba este órgano á la herida exterior. (Memoirs de l'Academie de Chirurgie, t. I, pag. 337, 1743)

xxii.- Reybard:Memoires sur le traitement des anses artificielles et des plaise intestinales. Paris, 1827. Bulletin de l'Academie de méd., 1º de julio de 1862, t, xxvii, pág. 956.

evitando la hernia de la mucosa; luego se reúnen los hilos en un cordón, que se saca afuera como el método de Ledran; ó bien se dan punto de sutura entrecortada^{xiii}.

Sutura entrecortada comun: Se dan los puntos de sutura que se juzgan convenientes.

Sutura continúa:

Sutura ordinaria de guantero: Con una aguja armada de un hilo encerado se pasan las puntadas oblicuamente á través de los bordes, empezando á unos 2 milímetros de uno de los ángulos. Al sacar el hilo se deja que sobren 10 centímetros de cada cabo. Se mete el intestino en el abdomen, manteniendo los hilos tirantes desde fuera, para que el intestino toque la cara interna de la herida exterior. A los cinco ó seis días pueden quitarse los hilos, cortando uno de los cabos, y tirando suavemente del otro. Hay cirujanos que prefieren cortar los dos cabos y dejar que la sutura caiga en la cavidad intestinal.

Modificación de Reybard: Se arma una aguja con un hilo doble encerado, cuyo extremo libre lleva, en vez de nudo, una rodajita de lienzo de 6 milímetros de ancho. Se empieza por atravesar de dentro á afuera el borde de la herida intestinal, cerca de uno de los ángulos, de manera que el rodete de lienzo quede en el interior del intestino; entonces se coaptan los labios de la herida y se sigue cosiendo, atravesándolos á la vez. Para fijar los hilos al acabar la sutura, se pasa la aguja bajo el último punto, cortando uno solo de los hilos y anudándole con el otro.

Sutura espiroidal, de Nuncianti: Variedad de sutura en la que se revuelven y se pone en contacto las superficies serosas de los labios de la herida. El hilo de sutura se lleva alternativamente de derecha á izquierda, y de izquierda á derecha en espiral; entonces tirando de los cabos del hilo en cada ángulo de la herida, se pone en contacto los labios de ésta.

S. Cooper aconseja cortar la extremidad de los hilos (hilo fino de seda), en lugar de dejarlos en la herida.

xiii.-Jobert. *Maladies du canal intestinal*, Paris, 1829, t. I.

Procedimientos abandonados:

Procedimiento de Littre.- Cuando está gangrenado el intestino, propone una ligadura del extremo inferior, y dejar fuera el extremo superior, para establecer un ano artificial permanente durante la vida entera.

Procedimiento de Lapyeronie.- Por detrás del sitio herido pasa un hilo doble que atraviesa el mesenterio, y después de haber incluido los dos cabos del intestino en el asa del hilo, tira de éste y le fija en el apósito, para impedir que el intestino vuelva á entrarse en el vientre. Resulta de aquí un ano artificial que puede cerrarse espontaneamente, ó con el auxilio del arteⁿ²⁶.

Heridas completas

"Puede recurrirse á uno de tres procedimientos.

Reunion por encima de un cuerpo extraño.- Hay para ello varios modos:

Método de los Cuatro Maestros^{xxiv}.- Comenzaron por valerse de la tráquea de un animal, uno de cuyos extremos introducían en el cabo superior del intestino dividido, y el otro en el cabo inferior, aproximando estos cabos, y manteniéndolos en contacto por medio de suturas.

Iamerio, Roger y Theodorico sostenían el intestino á favor de una cánula de sauco. **William de Saliceto** recomendaba el empleo de un intestino seco y endurecido de un animal.

Método de Duverger (1745).- Empleaba una traquea de vaca provista de tres asas de hilos colocadas equidistantes, y al fin de cada una de las cuales se ponía una aguja encorvada. Se le empapaba primero en vino caliente para hacerla más flexible y templarla, y luego se le cubría con una mezcla de bálsamo del Comendador, y del Perú. Se le introducía en el intestino, de manera que sostuviera sus dos extremos, y á favor de agujas curvas, daba tres puntos de sutura entrecortada, pasándolos de dentro afuera, á 6 ú 8 milímetros del borde dividido.

El caso de **Duverger** es quizá el único método que haya salido bien el hombre,

xxiv.- Eran cuatro monjes famosos que practicaban la Cirugía en París hácia mediados del siglo XIII. No todos piensan que existieron.

El caso de **Duverger** es quizá el único método que haya salido bien el hombre, en una hernia estrangulada. Al cabo de veintidós días la tráquea fue expulsada por el ano.

Método de Jobert (1824).- Interpone un pliegue de epiploon entre los bordes de la herida intestinal.

Todos estos procedimientos en que se trata de restablecer la continuidad, mediante la introducción de cuerpos extraños ó de tubos, reuniendo por encima de ellos los extremos divididos, son tan difíciles de ejecutar y tan peligrosos, y dan de sí tan malos resultados, que se han abandonados.

Reunion por invaginación:

Método de Ramdhor (1730).- Ramdhor reunió los dos extremos del intestino introduciendo el superior en el inferior, y lo fijó así por medio de una sutura moderadamente apretada, á la vez que lo mantuvo pegado á la herida exterior por una asa de hilo.

Método de Reybard.- Incide unos 12 milímetros de mesenterio; invagina luego los extremos con dos suturas opuestas. Aunque tuvo éxito, el mismo **Reybard** condena esta operación.

Reunion por contacto de las superficies serosas:

Método de Jobert (1824).- Se desprende unos 8 milímetros de mesenterio de cada cabo del intestino. Se prepara una hebra de hilo de unos 12 á 15 cms., con dos agujas; con una de ellas atraviesa la pared anterior del cabo proximal del intestino, de dentro afuera, á 5 centímetros de la herida y de modo que quede pendida un asa de hilo; y por la pared posterior se pasa otro hilo de igual modo. Se redobla el cabo inferior de manera que la serosa quede por dentro, y hecho esto, se introduce el dedo índice como guía y se pasan las dos agujas del asa de hilo anterior de dentro afuera, á través de la parte redoblada del cabo inferior, en el lado radial del dedo índice, saliendo á unos 2 centímetros una de otra, y las agujas del asa posterior son dirigidas de igual modo sobre el borde cubital del dedo. Se conducen los dos cabos de intestino, hasta ponerlos en contacto, y tirando de los hilos, se introduce el cabo superior en el inferior. Se mete después el intestino en el abdomen, y los hilos, que se retuercen juntos, se fijan en el ángulo externo de la herida á favor de un parche de diaquilon. **Jobert** cita

dos observaciones en que sobrevino la muerte^{xxv}.

Método de Denans(1826).- Se emplea tres cilindros metálicos huecos, se coloca uno en cada cabo, y se redobra sobre su cilindro correspondiente. El tercer cilindro, que es algo más pequeño, se coloca en el interior de los otros dos. Se rodean los tres con un asa de hilo que se fija en dos puntos diferentes de la circunferencia del intestino; se cortan los cabos del hilo cerca de la serosa, y se introduce el intestino en el abdomen. La aglutinacion de las partes no tardan en verificarse; cuanto está comprimido por los cilindros se gangrena y cae con ellos á tubo intestinal, saliendo por cámaras^{xxvi}.

Método de Lembert(1826).- Se pasa con una aguja tantas hebras de hilo cuantos puntos de sutura se pueda hacer en todo el grosor del cabo superior del intestino, y luego en el inferior. Despues se mete la aguja por la cara externa del intestino, á 6 milímetros de la herida, hasta la mucosa, y se hace salir á 4 milímetros de su punto de entrada. Se hace lo propio en el cabo inferior, y despues se anudan los hilos de modo que se dé por terminada la sutura. Tirando de las asas de hilo así puestas, los labios de la herida se redoblan hácia adentro^{xxvii}.

Método de Pean.- Mantiene los labios de la herida tocándose por las superficies serosas con ayudas de pinzas cogiendo los bordes de la herida intestinal que redobra hácia dentro por un ligero movimiento de torsion de las pinzas. Con un portapinzas especial ^{xxviii, 26}.

xxv.-Jobert. Archives générales de Medicine, 1824, y Traité de maladies chirurgicales du canal intestinal. Paris, 1829.

xxvi.-Denans. Système de viroles proposé en remplacement de la ligature pour la reunion des plaies transversales des intestins (Bulletin de l'Acad. de mèd. 1838, t. II, pág. 719).

xxvii.-Lembert. Archives de méd., 1826, primera série, t. x, pág. 318.

xxviii.-Pean. Note sur un nouveau mode d'occlusion des solutions de continuité de l'intestin. Bullt. de l'Acad. de Méd., 14 Diciembre 1869, t. XXXIV, pág. 1236, y Gaujot y Spillman, Arsenal de la Chirurgie contemporaine, 1872, pág. 612.

Guedea y Calvo explica que: "cogiendo el intestino entre dos largas pinzas cuyas ramas se recubrieron previamente con tubos de goma; la *enterosintesis* se realiza á beneficio de tres suturas umeo-mucosa, otra sero-muscular, y otra sero-serosa"²¹.

Comenta **W. Mitchell Banks**, individuo del Real Colegio de Cirujanos de Liverpool: "Se coloca un protector de gasa fenicada, de modo que la sangre ni otros líquidos pudiesen introducirse en la cavidad abdominal.

Después de extraída una buena parte de intestino sano, se cortó transversalmente á una pulgada de la parte gangrenosa de cada lado. Después se cortó en forma de cuña una parte del mesenterio correspondiente al intestino. La hemorragia fue copiosísima, se aplicaron veinte ligaduras de catgut; la operación fué de las más pesadas. El peritoneo del mesenterio se unió por una sutura continua de catgut, primero a un lado y luego al otro. Las extremidades del intestino se volvieron hacia dentro en un tercio de pulgada, de modo que el peritoneo quedase contra el peritoneo; hasta donde me fué posible hice suturas interrumpidas por la parte interna del intestino, juntando los bordes invertidos; después de hizo en el exterior una sutura continua todo al rededor, pasando solamente á través del peritoneo. Creo que esto es lo que se conoce con el nombre de método de **Czerny-Lembert**".

Utilizó para la sutura intestinal catgut fenicado, aunque piensa que la seda de China seria más conveniente.

"...Durante los cuatro primeros dias sólo se le permitía chupar pedacitos de hielo, y luego tomar gramo y medio de jugo de carne de Valentin en dos cucharadas de agua, cada cinco ó seis horas. De este modo fué marchando hasta el dia duodécimo; se sostenía su fuerza por el reposo absoluto, calor moderado, y pequeña dosis de opio. Después de unas seis semanas el enfermo estaba completamente bueno⁴.

Sigue comentando **W. Mitchell Banks**: "El primer caso que se cita de resección del intestino gangrenoso en la hernia fué operado por **Ramdhor**, en 1727, hace ciento sesenta años. **Mr. Makins** ha hecho una tabla que contiene los resultados de la operación en 55 casos, que alcanza hasta 1884; cuarenta y cinco de éstos se han practicado en los últimos diez años. Entre los 55 casos hubo 29 defunciones, el 52,7%, siendo la causa de la muerte en la mayoría de ellos la peritonitis séptica. Las operaciones fueron practicadas casi en su totalidad por cirujanos alemanes. **Sir Astley Cooper** operó dos casos, y el resultado no fué satisfactorio; en 1704, **Mr. Nayler** excindió una porción de intestino

gangrenado, y reuniendo el intestino, lo dejó por fuera de la cavidad abdominal; las suturas cedieron y resultó una fistula fecal. **Mr. Rushton Parker**, de Liverpool, ha operado dos casos en una hernia inguinal, y en otro una umbilical, y ambos enfermos murieron. En ambos casos el procedimiento adoptado fué idéntico al que acabo de describir, y se vió después de la muerte que no se había efectuado ningún derrame intestinal, habiendo muerto los enfermos de extenuación y septicemia.

Además de la estadística mencionada, **Mr. Makins** ha coleccionado las de unos 40 casos de resección de intestino para la curación de un ano artificial, y es muy importante observar que el tanto por ciento de las defunciones es de 38^{na}.

HERNIAS CONGÉNITAS

Según comenta **Roche y Sanson**, traducido por **Delgras y Argumosa**: "fue **Juan Hunter** el primero que describió esta especie de hernia, la cual había sido observada antes, pero se creía ser efecto de una rotura del saco que había permitido el paso de las vísceras á la túnica vaginal del testículo."³.

Válvulas descritas por Ramoneda

Olivares comenta: "Cuando se abre el saco, puede observarse, a nivel de los puntos estrechados, la existencia de válvulas, descrita de un modo completo por **Ramoneda**, y que no son otra cosa que repliegues peritoneales, indicando que la regresión del canal comenzada no se terminó"⁸.

Algunas Variedades de Hernias Congénitas

Olivares describe :

"Hernia intersticial.- Fué clasificada por **Tillaux** entre las congénitas. El saco herniario está todo él en el conducto inguinal no franqueando el orificio externo, que es estrecho, el cordón permanece en el conducto inguinal y el testículo está ectopiado.

Hernia properitoneal.- Descrita por **Parise** con el nombre de hernia intrailíaca, siendo **Krönlein** quien la denominó properitoneal. El saco inguinoperitoneal se compone de dos sacos: uno superficial o inguinoescrotal, y otro properitoneal o profundo; ambos comunican entre sí. El saco profundo, situado entre la fascia transversalis y el peritoneo parietal. Para explicar su formación se han admitido diversas teorías: las que suponen que es adquirida y las que afirman que es congénita. En el primer caso se admite que la hernia era al principio superficial, y al reducirla, en lugar de hacerla entrar en el vientre, se la hace penetrar a viva fuerza en la pared, el saco properitoneal se formaría a consecuencia de las maniobras de taxis, siendo el braguero el determinante de esta formación, si la reducción se hizo suavemente. El origen congénito ha sido comprendido de distinta manera. Para unos se forma a expensas de divertículos peritoneales, señalados por **Rokitansky**; para otros sería a expensas de la porción ilíaca del canal vaginoperitoneal, que se dilata. Los divertículos forman el saco profundo de la hernia properitoneal. Luego este saco se distiende y se introduce en el

canal inguinal bajo el empuje de las vísceras, formando el saco superficial, según Linchart¹⁸.

El Dr. L. A. de Saint Germain, traducido por Moresco, nos comenta: "La hernia crural es tan rara en la infancia que sólo la he observado cinco veces en siete años, en cinco niñas de doce á quince años...El braguer inglés de pequeña pelota nos presentará aquí grandes servicios....

No vacileis, señores en proscribir toda especie de braguer inguinal antes de un año cumplido. En este momento, en la hernia inguinal, hareis llevar al niño un pequeño braguer inglés llamado de goma; mantendreis perfectamente la hernia y podreis prometer una curacion completa, despues de seis ó siete años de llevarlo. He observado un cierto número de curaciones indiscutibles por este solo medio.

Considerando que un niño que tenga una hernia á la izquierda, tiene con frecuencia un principio de hernia á la derecha, y que el braguer doble contiene mejor que el sencillo, no dudo en prescribir el braguer inguinal doble.

En el momento de levantarse el niño lo coloco horizontalmente de espalda, la cabeza baja, la pelvis ligeramente levantada, los muslos un poco doblados. Me aseguro que la hernia no ha salido, en caso contrario practico la taxis é inmediatamente despues aplico la pelota ó las pelotas, cierro el braguer y permito al niño levantarse. Cuando el braguer es nuevo me aseguro de la contencion completa de la hernia haciendo ponerse en cuclillas al niño y obligándolo á efectuar esfuerzos como para defecar. Si con estas condiciones queda contenida el braguer es excelente. Deberá quitarse de noche y ponerse cada mañana durante muchos años; á este precio solamente es posible la curacion."²⁴.

Continua Saint Germain, traducido por Moresco: "...La quelotomia no he tenido nunca ocasion de practicar en los niños."²⁴.

Indicaciones del Tratamiento Quirúrgico

Nos comenta Ortiz de la Torre: "...los mucho que he visto curados al cabo de un mes ó de varios años con la simple compresión permanente¹⁷. Sin embargo cuando la hernia se aumenta cada vez más, cuando no se reduce bien, cuando produce dolores

cólicos, ó cuando no hay tolerancia para el braguero, no hay inconveniente en practicar la operación radical. El más pequeño que yo he operado era de seis meses¹⁷.

Ortiz de la Torre advierte: " la hernia congénita que aparece antes del descendimiento del teste tiene una contraindicación terminante, que es la de utilizar braguero; el braguero impide la bajada del testículo; si la hernia es muy pequeña y sólo tiene tendencia á salir con los esfuerzos del llanto, pudiera contentarse con contenerla con la presión de los dedos mientras dura el esfuerzo, enseñando á la persona que maneje el niño esta sencilla maniobra, y esperar así la evolución del testículo, ganando tiempo para que con el crecimiento del paciente, haya mejores condiciones para la intervención. Si por el contrario la salida de lo herniado es cada vez mayor, sin que descienda el teste, y se hace temer los atascos de las hernias, no hay más remedio que intervenir para hacer simultáneamente las dos maniobras de fijar el testículo en su situación normal y obliterar el trayecto de la hernia. Este es el caso en que puede operarse los niños de pocos meses, que resisten muy bien la operación y la anestesia. Estas variedades de hernias son las llamadas **vagino-peritoneales con ectopia**.

La región se infecta facilmente con las deyecciones del enfermito, y debe cuidarse mucho la cura y el vendaje que se empleen. Las oclusiones con colodión, lo mismo que las curas idofórmicas producen unos eritemas y dermatitis exudativas que infectan la sutura y maceran la región. Es preferible una pomada antiséptica no irritante como la de subnitrato de bismuto, ó la pasta de gelatina que cubra la incisión. Encima del vendaje de espica se debe poner un hule de seda que no deje descubierto más que el pene. Las complicaciones de índole pulmonar que Broca señala yo no las he observado..."

El mismo autor aconseja en los niños su proceder de plegamiento de la aponeurosis del oblicuo^{xxix}: "...se hace una incisión de tres á cinco centímetros sobre el trayecto inguinal; con una sonda acanalada se descubre el orificio inferior del conducto, dejando descubierto ambos pilares; con la misma sonda, insinuada en el canal inguinal se despega un tanto la aponeurosis del oblicuo de los elementos del cordón, y en el hueco fraguado por la sonda se introduce una lámina cualquiera de un centímetro de

xxix.-Ortiz de la Torre. Nuevo procedimiento de obliteración de las herniasinguinales. Comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina, 1903.

ancho, que puede ser una tijera cerrada, si no se tiene á mano un protector como el que yo he hecho para esto. No tiene más objeto que comprimir el cordón y protegerlo. Con una pinza, siendo la mejor la de ramas en T, se coge un pellizco de la aponeurosis en toda la extensión del cana inguinal; entonces con un catgut del num. 1 ó el 2, se traspasa el pliegue cogido con la pinza, empezando por el extremo de los pilares, y siguiendo atravesando puntos, que deben montar unos sobre otros, hasta la altura del orificio inguinal superior y algo más. El abundante catgut que allí queda produce una exudación adhesiva para que cuando la sutura se reabsorba haya establecida una conglutunación cicatricial.

En la hernia congénita se logra así favorecer la tendencia obliterate del canal peritoneo-vaginal persistente, por la compresión que el plegamiento produce sobre las paredes del canal; se crea como un braguero interno. Cuando en los niños, como en los adultos, el saco herniario ya avanzado y asoma por el orificio inferior del conducto ó más allá, hay que reseca éste, cualquiera que sea el procedimiento para obliterar el canal¹⁷.

Hernias Congénitas Estranguladas

Reducción quirúrgica sin abrir el saco

Se intenta taxis, si no se consigue se intenta bajo la influencia del cloroformo; si es inútil se opera, se incide y se descubre el saco, y se reduce: "...Dubourg cree que es mejor reducir sin abrir el saco..."^{xxx}

xxx.-Sr. Dubourg. Sesiones de la Sociedad de Cirugia de París. D. Rafael Ulecia y Cardona. Revista de Medicina y Cirugia Prácticas. Madrid. Imprenta y Libreria de Nicolas Moya. 1885. Pág. 153-154.

Cura Radical durante la intervención de las hernias congénitas estranguladas

El Sr. Richefort aprovecha la operación para realizar la cura radical. Los Sres. Bouilly y Nicaise lo consideran peligroso¹³.

Técnica Quirúrgica

Juaristi, en 1922, explica la cura radical:

"Incisión sobre el trayecto del conducto, hasta denudar la aponeurosis del oblicuo; sección de ésta desde el anillo, de modo que el cordón quede al descubierto; aislamiento de éste y apertura de su fibrosa, hasta ver el blanco del saco; que se diseca obtusamente lo más alto posible, se liga y se corta; cuando el conducto peritoneo-vaginal persiste, se le corta, se abandona la parte testicular en el escroto y se liga la peritoneal; los cabos de la ligadura del muñón se pasan con una aguja, separadamente por debajo de la pared abdominal aponeurótica, y a través de ésta a los lados y arriba de la incisión del conducto, para anudarlos allí (Maniobra de **Barker**). Ahora se reconstituyen las paredes del conducto empezando por una sutura profunda que aproxime los bordes del tendón conjunto a la arcada crural; luego se cose la aponeurosis del oblicuo mayor. Unos dejan el cordón entre los dos planos de la pared (**Forgue**); otros lo dejan entre la aponeurosis y la piel (**Halstead**). Esta es la técnica de **Bassini**^{xxi}, que es la común; **Kocher** no abre la pared del oblicuo mayor: coge el saco por la punta con una pinza curva, lo invagina en el vientre, y lo saca arriba, a través de la pared músculo-aponeurótica, por una pequeña incisión hecha sobre la punta de la pinza. Si hay una ectopia testicular, se la corrige fijando el órgano en el escroto, o se le extirpa si está atrofiado.

Las hernias no funiculares se operan por simple liberación del saco por disecación obtusa, sección y fijación del mismo y sutura de los planos; no hay que tocar el cordón sino para separarlo en masa del saco⁵.

xxi.- Es demasiada operación para una hernia congénita: la pared no se reconstruye generalmente en las congénitas.

HERNIAS CRURALES

Concuerdan los autores en que rara vez es congénita, y que es má frecuente en la mujer⁵. **Ribera y Sans** tuvo seis hernias crurales en 764 hernias infantiles. Y cree que ocurre más frecuentemente en la mujer por tener la pelvis más desarrollada¹². **Lozano** dice que predomina en el sexo femenino, en relación de 32 a 5. Se encuentra un lipoma en el espesor del saco herniario en 97 de 112 hernias crurales⁶.

También comenta **Lozano** que las incarcerationes y la gangrena del intestino es más frecuente que en las inguinales. A veces basta cuatro a seis horas para que se presente la gangrena⁶.

En las crurales suele darse las *hernias enteroparietales de Richter*^{xxxii5}. Ocasionan muchos más accidentes de los que puede sospecharse por su pequeñez, como nos comenta **Juaristi**⁵.

Para **Ortiz de la Torre** son las hernias que más se reproducen: "...dependen principalmente de la disposición anatómica del conducto crural. Ni el ligamento de **Poupart**, ni la aponeurosis pectínea, ni el ligamento de **Gimbernat**, ni la fascia de los vasos femorales, son elementos que puedan aproximarse entre sí lo suficiente para borrar el orificio que forman, y aun aproximados es con gran tirantez"¹⁷.

Variedades

Ribera y Sans la divide en: *interna*, que es la habitual, que sale por el orificio crural. *Externa*, la que el saco está por fuera de la arteria crural, según **Hesselbach**, en la lacuna musculorum, cubriendo el nervio crural. Las hernias del ligamento de **Gimbernat** (Hernia de **Laugier**, según **Olivares**), en las que el saco sale por una rotura de dicho ligamento. Hernia crural profunda o pectínea, en la que la hernia penetra en la vaina del pectíneo¹².

Olivares dice que: "puede presentarse según tres tipos anatómicos: *completa*, *intersticial* y *punto de hernia*...

...debe citarse: la hernia bilobulada de **Cooper**¹⁸.

xxxii.- Se les llama así a las hernias incarcerationadas con compromiso del borde antimesentérico de un asas de intestino.

Clínica

Para diferenciarla de la inguinal **Ribera y Sans** nos describe los siguiente signos: Signo de **Amussat**: la hernia está por debajo de una línea que va desde la espina ilíaca anterosuperior al pubis. Signo de **Schmidt**: en la hernia crural el pubis se toca superior y medial al tumor¹².

Signo de Astley Cooper: **Olivares** nos lo describe. "Dicho signo consiste en la aparición de dolores intensos, acompañados de náuseas, provocados al extender el enfermo su muslo; los dolores asientan en la raíz del muslo; la flexión hace desaparecer esos trastornos"⁸.

Diagnóstico Diferencial

Delgras nos describe como diagnóstico diferencial: Ganglio inflamado, bubonocèle, bubon, absceso, tumor varicoso de la gran vena safena.

Juaristi considera que: "necesita excluir las hernias crurales y obturatrices, los abscesos osifluentes, las adenitis inguinales, las orquitis ectópicas, los aneurismas de la femoral, las dilataciones del cayado safeno, los lipomas"⁵.

TRATAMIENTO

Concuerdan los autores en la ineficacia del braguero en las hernias femorales (figura 5). No obstante **Ribera y Sans** considera que se puede utilizar cuando la hernia es reductible, aconsejando el braguero francés modificado, que de todos modos no lo considera muy útil¹². **Juaristi** dice que la taxis está contraindicada⁵. No obstante **Le Fort**, traducido por **Corominas y Sabater**, nos describe un braguero crural: "Consiste en un resorte análogo al de la hernia inguinal, con la única diferencia de que su extremidad anterior está perfectamente inclinada para llegar al pliegue de la ingle, y de una pelota de forma variable. Es preciso hacer notar que cuando el sujeto está de pié ó acostado, jamás la pelota se apoye exactamente sobre el anillo crural, primera abertura que atraviesa la hernia, sinó que se limita á comprimir el orificio de la fascia cribiforme. Esto constituye de por sí una causa que impide la curacion de la hernia por la presion del braguero; pero aun hay más: cuando el sujeto dobla el muslo, la pelota, comprimida entre éste y el vientre, que se aproximan como las ramas de un compás, no puede quedar en el fondo de este ángulo, sinó que es rechazada hácia adelante"¹¹.

Taxis

Malgaigne, traducido por **Salazar**, describe la reducción de la hernia crural: "...se aconseja doblar el muslo sobre la pélvis y ponerla en la abduccion para distender á la vez el ligamento de **Falopio** y el de **Gimbernati**. En cuanto á la direccion en que debe obrarse, es preciso seguir los contornos del conducto, empezar por reunir las partes que forma la hernia al nivel del orificio exterior, y en seguida empujarlas, primero de delante atrás y un poco de dentro afuera, en seguida directamente hácia arriba, y por último hácia arriba y atrás á la vez. Pero si la hernia es interna (permanece en el conducto crural sin salir al exterior), ó aun siendo esterna, ha llegado á ensanchar su orificio y borrar la pared anterior del conducto, solo tiene éste una direccion única que es oblicua de abajo arriba y de delante atrás, y basta por consiguiente empujar los intestinos en esta direccion"⁹.

Le Fort, traducido por **Corominas** y **Sabater**, describe el aparato de **Thierry**: "...unas pinzas con bocados de boj destinados á comprimir las hernias, las cuales se aproximaban por medio de un tornillo. Este cirujano redujo dos hernias crurales con el auxilio de esta pinza; pero si bien este proceder es superior á la taxis á cuatro y seis manos, nadie, despues de **Thierry** se ha atrevido á utilizarlo. Por mi parte me limito á tantear la taxis con moderacion, y si despues de 10 ó 15 minutos han sido inútiles estos esfuerzos, paso inmediatamente á la operacion."¹¹.

Desbridamiento

En cuanto al desbridamiento, este mismo autor considera que jamás el anillo crural es el agente de la estrangulacion, sinó que siempre corresponde á la abertura de la fascia cribiforme; describe su técnica: "Echado el enfermo en decúbito supino con el muslo extendido y colocado todo él en abduccion y rotacion externa, practico sobre el tumor una incision transversal que en caso necesario la transformo en incision en T ó crucial; despues de divididas las capas subcutáneas, se presenta el pseudo-saco y el pseudo-epiploon, abro con precaucion y por debajo se descubre el saco; desprendiendo éste con el dedo, se reconoce su pedículo, y por lo tanto el sitio del orificio constrictor. Cuando la estrangulacion es reciente es de presumir que el intestino está sano, sin abrir

el saco deslizo entre su pedículo y el orificio aponeurótico un instrumento obtuso, como la extremidad inferior de una espátula, y cogiendo este instrumento con toda la mano, lo inclino violentamente hacia adentro, con el objeto de rasgar el orificio por este lado, y reduzco la hernia dejando el saco al exterior. Cuando no me inspira confianza el estado del intestino, abro el saco y luego deslizo el instrumento obtuso entre éste y su contenido y procedo como de ordinario á la rasgadura. Jamás suture los bordes de la herida cutánea."¹¹.

Malgaigne, traducido por **Salazar**, en cuanto al debridamiento, este autor⁹ describe los procedimientos de diversos autores: "**Sharp** desbrida hácia fuera y arriba, **Pott** directamente hácia arriba, **Sabatier** hácia arriba y adentro del lado del ombligo, **Gimbernat** hácia adentro sobre el ligamento que lleva su nombre, lamiendo la cara superior del pubis; **Scarpa** recurría al desbridamiento múltiple haciendo tres ó cuatro incisiones ligeras en el borde inferior del arco crural; **A. Cooper** hacia una pequeña incision paralela á este arco y un poco por encima, apartaba el cordón espermático del filo del filo del instrumento por medio de una sonda acanalada encorvada, y dividía sin temor el borde del anillo que estaba debajo; **Dupuytren** desbridaba de dentro afuera y de abajo arriba paralelamente al cordón espermático pero por un procedimiento muy distinto del de **Sharp**, pues empleaba un bisturí de hoja estrecha y convexo en su filo y dividía los tejidos del exterior al interior, como hacia **Bell** para la hernia inguinal...

...Cuando es una rotura aponeurótica la que produce la estrangulación, creo que es prudente ensayar la dilatación aconsejada por **Leblanc**: yo hago embotar la punta y los bordes de la estremidad menor de la espátula ordinaria. Se introduce esta estremidad entre el intestino y el anillo constrictor, y cogiendo la espátula con toda la mano, se aprieta contra la circunferencia del anillo para rasgarla y ensancharla, sin que haya entonces ningún temor de herir el intestino, ni de cortar los vasos"⁹.

Para evitar todo peligro **Malgaigne** añade: "poner siempre al descubierto el asiento de la estrangulación y no cortar nada sin reconocerlo antes perfectamente".

D. Isidoro Diaz y Gonzáles en la hernia crural actúa del siguiente modo: "...no me fué posible desgarrar con el dedo sin incidir la piel el ligamento de **Gimbernat**; y entónces hice una incision tangente á la circunferencia del tumor en la parte inferior paralela al pliegue de la ingle, como de dos pulgadas y media de largo; incidí la piel el

tejido conjuntivo y la aponeurosis subcutánea, encontrándome en la cavidad forjada por la hernia, rompí el saco con el dedo índice, penetré con el mismo en el anillo crural, recorrí las tres cuartas partes ó mas de la circunferencia de éste; quise reducir la hernia con el dedo puesto directamente sobre ella, penetraba en el anillo, arrastrando la parte que llevaba delante de mi dedo, la cual volvía á ocupar su sitio: corté entonces el ligamento de Gimbernat, que no pude desgarrar, con un bisturí botonado por la parte interna de dentro á fuera, y ya me fué posible llevar al interior el intestino y destruir las adherencias con el dedo."

Díaz y González no recomienda la desgarradura con el dedo, que es imposible; sus observaciones eran mujeres¹⁰.

Lozano considera que: "el tratamiento de la incarceration debe hacerse sin pérdida de tiempo, dada la rapidez con que se presenta la gangrena del intestino...El tratamiento se hará con: el descubrimiento del saco; extirpación de éste; oclusión del anillo. La oclusión de los anillos no ofrece grandes dificultades. Sin embargo, a los médicos generales, a los médicos rurales, nosotros aconsejaríamos prescindir de la oclusión del anillo, y limitarse a la extirpación del saco. La falta de técnica puede crear lesiones en los grandes vasos"⁶.

Cura Radical

Juaristi dice que: "La cura radical tiene la dificultad de que, para cerrar el anillo, se encuentran sus paredes demasiados rígidas, puesto que el ligamento de Fallopio baja poco, y el ligamento de Gimbernat y la arcada pubiana no ceden; sin embargo, en muchos casos una sutura en bolsa cierra bien el agujero. Cuando la disección y la oclusión son difíciles por la vía ordinaria, es decir, por la incisión mitad abdominal y mitad crural, paralela a los vasos, se escoge la vía inguinal, es decir se abre por encima del ligamento de Fallopio, para atraer por esta brecha el saco, ligarlo y extirparlo, fijarlo en alto, y reconstituir la pared por suturas⁵.

Tipos de Procedimientos.-

Ortiz de la Torre dice: "La obliteración de las hernias crurales es más difícil,

pues: "a través el embudo que forma el arco crural, el saco herniario suele adquirir adherencias muy íntimas; y no se prestan los bordes del anillo á disecciones muy amplias. Después se puede seguir la regla de **L. Championnière**, de ligar el saco y soltar el muñón para que ascienda al interior del abdomen, ó bien fijarle como en el procedimiento de **Barker**, pasando los hilos de la sutura del saco de dentro á fuera, á través de la pared superior del conducto. Creo que para las hernias crurales tiene una aplicación muy favorable el procedimiento de **Ball**, porque la torsión del cuello del saco hace un taponamiento muy efectivo⁷.

Los procedimientos que actúan sobre el orificio femoral del conducto crural (**Berger**, **Guarnesi**, **Salzer**, **Bassini**, **Delageniere**) me parecen insuficientes. El artificio de **Roux**, de Laussanne, que consiste en clavar el ligamento de **Falopio** al arco pubiano, por medio de una grapa de tapicero; pero suele aflojarse con el tiempo. Otros cirujanos (**Parlavechio**, **Cushing**, **Tuffier**, **Reed**, **Lawson Tait**) han ideado por distintos medios, actuar sobre el conducto crural á través ó por encima del conducto inguinal. Todos ellos tienen la pretensión de hacer ascender el cuello del saco crural incindido por encima de la arcada de **Falopio**. Estos procedimientos me parecen más racionales y seguros que los anteriores, y yo practico el de **Ruggi**, de Bolonia, que hace pasar el pedículo del saco crural á través de la pared posterior del conducto inguinal y concluye por un **Bassini**.

No faltan procedimientos operatorios autoplásticos para la hernia crural: **Schwartz** saca un colgajo muscular del adductor mediano, para tapar con él el orificio crural; el de **Trendelenburg**, con otro colgajo osteoperióstico tomado del pubis; el de **A. Garay**, de Méjico, que utiliza el sartorio, **Thiriar** utiliza placas de hueso descalcificado; también dice **Juaristi** que se ha utilizado cartílago costal. Pero en unos se reabsorben la placa, en otros procedimientos se reabsorben el hueso vivo; en otros se atrofian los colgajos musculares¹⁷.

Olivares comenta: "debe aconsejarse siempre la cura radical, porque el accidente de estrangulación se produce con gran frecuencia; el intestino estrangulado de gangrena con gran rapidez; y es difícil de contener la hernia reducida por medio de un braguero... Los procedimientos operatorios son innumerables: **Tuffier**, en 1896, citaba 29 procedimientos, número que en la actualidad ha aumentado."⁸.

Operación de Jameson

Ossorio y Bernaldo, y Gomez Pamo, traduciendo y complementando la obra de Dubrueil, dicen que Jameson después de haber descubierto el anillo crural, introdujo en él un colgajo de piel tomado de las partes próximas y al que había torcido un pedículo, y después hizo la reunión por encima.¹⁴ Pero según Le Fort, traducido por Corominas y Sabater, no se conoce ejemplo alguno de curación definitiva.

Hernia Crural. Aprovechamiento del Epiplon

Frederick A. Southam, cirujano de la Enfermería Real de Manchester, comenta: "En la hernia crural el pedículo del omento puede utilizarse como medio que nos auxilie en la obliteración del conducto crural; en muchos casos el omento ha contraído adherencias con el saco; bajo estas circunstancias, después de dividir la estrechez y reducir el intestino, la totalidad del saco (que contiene aún epiplon) se separa de sus conexiones y se disecciona hasta la altura del cuello; el cuello del saco y el pedículo del omento se atraviesan juntos, todo lo alto posible, con una aguja armada de una fuerte ligadura doble de catgut, y se atan en dos mitades. Para hacer la cosa aún con más seguridad debe rodearse el cuello del saco con otra ligadura. Se extirpan el saco y el omento en el lado periférico de la ligadura, se cierra la herida exterior, poniendo á través de ella un tubo de desagüe sale al exterior en ambas extremidades. Si se mantiene después una presión moderada sobre la herida por medio de una esponja fenicada ó una almohadilla de gasa, seguirá con rapidez la cicatrización en la mayoría de los casos."⁴.

Considera Lozano que la mortalidad de la cura radical es menos del 1 por ciento; las recidivas del 5 al 7 por ciento. La mortalidad operatoria de la incarceration es mucho mayor que la correspondiente a la incarceration inguinal⁶.(*)

(*).-Lozano no refiere el tiempo de seguimiento.

Método de Goyanes para el tratamiento simultáneo de la Hernia Inguinal y Crural (ver figura).-

Goyanes refiere que el método de **Bassini** y semejantes amplía el diámetro o disminuye la resistencia normal del orificio crural, debido a la tracción ejercida sobre el ligamento de **Poupart**.

Foderl y **Narath** fueron los primeros, en 1898, que se ocuparon de este problema, haciendo una modificación al método de **Bassini**: suturaban la pared posterior del conducto inguinal, y ocluían el orificio crural mediante suturas que pasaban comprendiendo los músculos oblicuo interno y transversos, el ligamento de **Poupart**, y el periostio de la rama horizontal del pubis y el ligamento pubiano de **Cooper**.

Los procedimientos de **Anandale**, **Ruggi**, **Parlavechio**, y **Tuffier**, ensayan la reparación de la hernia crural por vía inguinal, suturando el ligamento de **Poupart** al de **Cooper**, o a la aponeurosis del pectíneo(**Tuffier**).

Casi podemos afirmar que el método de **Goyanes** es el primero creado con el único fin de tratar simultáneamente la hernia inguinal y crural.

Fue practicado por primera vez en 1907, y descrito por su autor al año siguiente: Consiste esencialmente en desprender y movilizar el borde inferior del plano muscular profundo del conducto inguinal(oblicuo interno y transversos), y desprendimiento de la inserción de la fascia transversalis en el ligamento de **Poupart** precisamente en el contorno superior del anillo crural. Suturar, atrayendo hacia abajo el borde inferior muscular, a los ligamentos aponeuróticos suprapubianos, que están representados de dentro afuera por el de **Colles**(que procede de fibras de la aponeurosis del oblicuo del otro lado y se dirige oblicuamente abajo y afuera a la cresta pubiana, el de **Gimbernat**, y al ligamento pectíneo de **Cooper** e incluso la aponeurosis pectínea, dejando así ocluido el anillo crural con unos cinco puntos. Luego se rehace el conducto inguinal mediante puntos sueltos desde el plano muscular oblicuo interno-transverso, tomando el borde en la zona externa a la reparación del orificio crural.

Antes de su publicación realizó esta intervención en dos pacientes, que fueron dados de alta a los 38 y 25 días respectivamente^{20 25}.

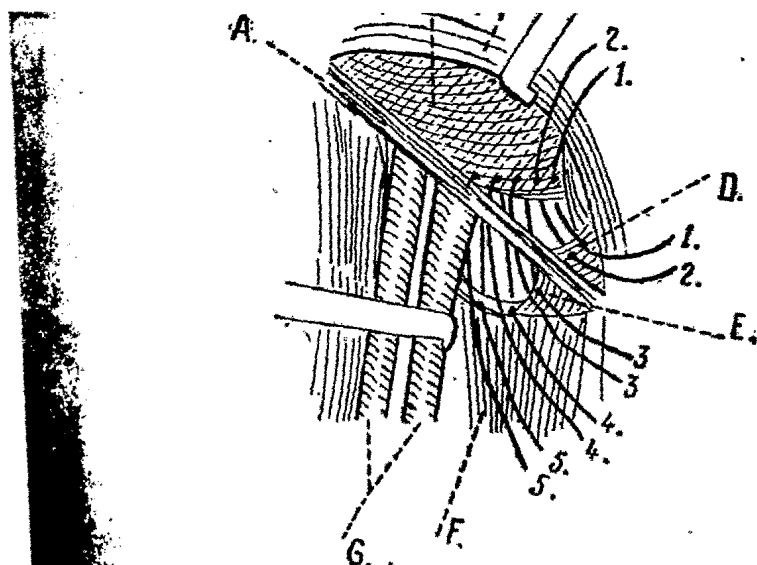


Fig. 1. — Esquema del método propuesto para la cura radical simultánea de las hernias inguinal y crural.

- A. Ligamento de Poupart.
- B. Plano muscular formado por el oblicuo interno y transverso reunidos.
- C. Cordón elevado previo aislamiento.
- D. Ligamento de Colles.
- E. Ligamento de Gimbernat.
- F. Músculo pectíneo.
- G. Vasos femorales; la vena hacia adentro.
- 1, 2, 4 y 5. Puntos suturales.

HERNIAS COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

Comenta Ortiz de la Torre: "La ley española en el Reglamento para la declaración de incapacidades, de 8 de Julio de 1903, que amplia la ley primitiva de 1900, se hace figurar la hernia inguinal ó crural doble ó sencilla como incapacidad definida y valoradas en 18 y 12 por ciento de disminución de capacidad para el trabajo.

Esta ley no deja un margen de que un peritaje médico diga en cada caso si la **hernia es de fuerza ó de otra naturaleza.**

Pues bien, la hernia de fuerza verdadera es una cosa rarísima y extraordinaria, necesitan una disposición anatómica previa, por lo cual no deben consioderarse como accidentes de trabajo"¹⁷.

AUTORES CITADOS EN ESTA SEGUNDA PARTE

D. Antonio SanGerman(1755-1833): de Molins de Rey. Catedrático de Afectos Externos y Operaciones. Decano de la Escuela ESpecial de curar, de Barcelona^{2,28}.

D. Diego de Argumosa y Obregon (1792-1865): Natural de Villapresente, Cantabria. Profesor supernumerario del Colegio de Burgos. Cirujano de la Corte. Catedrático de Cirugia de San Carlos en 1824. Miembro de la Real Academia de Medicina Española (1831). Catedrático de Cirugia de la Universidad de Madrid(1846)²².²⁸. Adoptó precozmente en Madrid la anestesia, el éter, referido en los anales de Cirugia el 18 de Enero de 1847: "toma un ayudante en el hueco de la mano un pañuelo o paño doblado dos o tres veces y, después de verter en su centro de cuarenta a sesenta gotas del líquido, lo aplica a la nariz del paciente, sin impedir la inspiración simultánea de algún aire, y pudiendo añadir nueva cantidad cuando lo exija la evaporación de las primeras". Algunos cirujanos de la época, según relata Argumosa, manifestaron: "a partir de la aplicación anestésica, la Cirugia deja de tener emoción y será igual que operar sobre un cuerpo inmóvil, podrá hacerlo cualquiera". También se incorporó pronto a la Cirugia mediante anestesia Olivares, Basilio San Martin Olaechea, Pedro González Velasco. Antonio Sáenz está relacionado con la primera anestesia por éter en el Hospital General de Madrid, en 1847²⁸.

Mariano Delgras: Médico de la Corte. Tradujo con Argumosa el libro Nuevos Elementos de patologia Médico-Quirúrgica, de L. Ch. Roche, y L. J: Sanson³.

Juan Creus y Manso (1828-1897): Natural de Guadalajara. Catedrático de Patologia Quirúrgica de Granada(1854-1877), y de Madrid, donde fue Rector. Responsable de la traducción y edicion de la Enciclopedia Internacional de Cirugia de Ashhurst²⁸.

Enrique Camps y Rocha: Médico de la Compañía de los Caminos del Hierro del Norte⁴.

Dr. E. Moresco: Profesor Clínico en el departamenro de Mujeres de la Facultad

de Medicina de Cádiz y Profesor Auxiliar de esta Facultad²⁴.

F. Ossorio y Bernaldo: Cirujano del Cuerpo facultativo de Beneficiencia provincial de Madrid¹⁴.

Marcelino Gomez Pamo: Cirujano del Cuerpo facultativo de Beneficiencia provincial de Madrid. Catedrático de Patología Clínica y Quirúrgica de Madrid^{14, 28}.

Dr. D. José Ribera y Sans(1852-1912): Natural de Tivisa, Tarragona. Fué catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Real de Medicina. Director-Decano del Hospital del Niño Jesús^{1, 19,28}.

Salvador Cardenal Fernández(1852-1927): de Valencia. Catedrático Honorario de la Facultad de Medicina de Barcelona. Miembro dela Real Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona. Director del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, de Barcelona, donde formó una importante escuela quirúrgica. Divulgó el método antiséptico en España, y en 1881, realizó la primera laparotomía con buenos resultados. Jefe de Cirugia del Hospital Nuestra Señora de la Esperanza, de Barcelona. Su libro: "La Cirugia Antiséptica" tuvo una gran transcendencia en la cirugía española^{16, 28}.

Don José Ortiz de la Torre (1858-1928): Natural de Santander, connsiderado como pionero de la Cirugia Infantil. Profesor agregado de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid. Médico del Hospital de la Princesa, y luego cirujano de la Sala del Hospital Provincial. Médico Jefe de los Ferrocarriles del Norte^{7, 17, 28}.

Antonio Morales Pérez (1858-1918): Alora, Málaga. Ex-primer ayudante del ejército de Cuba, y del de la Península; condecorado con la Cruz Roja del Mérito Militar y medalla de la campaña de Cuba. Antiguo Cirujano por oposición del Hospital de la Princesa de Madrid, y de el de Jesus de Nazareno de la misma capital. Catedrático de Cirugia en Cádiz y Barcelona^{28, 15}.

Benito Amado Salazar: Profesor Clínico de la Facultad de Medicina de Madrid⁹.

Luis Guedea Calvo(1860-1916): Natural de Calatayud. Catedrático de Patología Quirúrgica en Cádiz en 1890. Pasa a Patología Quirúrgica de Madrid en 1896²⁸.

Esteban Sanchez Ocaña: Catedrático de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de Madrid²².

D. Isidoro Diaz y González: Médico del Cuerpo de Beneficiencia Provincial de Sevilla con destino al Hospital Central, y catedrático de la Escuela de medicina de la misma²⁸.

Dr. Ricardo Lozano Monzón(1872-1934): Natural de Daroca. Catedrático de Anatomía en Granada. Catedrático de Patología Quirúrgica de Zaragoza²⁸.

Victoriano Juaristi: Cirujano de la Clínica de San Miguel en Pamplona⁵.

Laureano Olivares Sexmilo(1881-1944): de Fuensauco, Zamora. Catedrático de Patología Quirúrgica de Madrid²⁸.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ribera y Sans, José. *Estudios Clínicos de Cirugia Infantil*. Biblioteca de la *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas*. Madrid. Administración de la Revista de Medicina y Cirugia Prácticas. 1887. Pag.: 247-315.
- 2.- de San German, Antonio. *Tratado Elemental de afectos Esternos y operaciones de Cirugia, compuesto para la enseñanza*. Barcelona. Imprenta de Narciso Dorca. 1822. Paginas: 65-69; 82-92.
- 3.- Roche, L CH, Sanson, L. *Nuevos elementos de Patologia Médico-Quirúrgica ó compendio teórico-práctico de Medicina y Cirugia*. Madrid. Imprenta de Verges. 1828. Páginas 354-379. Traducido por Mariano Delgras y Diego de Argumosa.
- 4.- Braithwaite, J. *Anuario de Medicina y Cirugia*, revista semestral. Segunda Serie, Tomo II; Julio á Diciembre de 1885. Madrid. Libreria Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere. 1887. Páginas: 63-85; 358-361. Traducido por Enrique Camps y Rocha.
- 5.- Juarísti, Victoriano. *Manual Español de Cirugia*. Madrid. Editorial Plus-Ultra. 1922. Páginas: 477-491.
- 6.- Lozano, R. *Patologia Quirúrgica*. Madrid. Sucesores de Rivadeneyra (S. A.). Artes Gráficas. 1929. Páginas 454-475.
- 7.- Ortiz de la Torre, José. *Terapéutica Quirúrgica. Obliteración de las Hernias*. Madrid. Imprenta del Asilo de Huéfanos del S. C. de Jesús. 1897. Páginas: 37-71.
- 8.-Olivares, Laureano. *Lecciones de Patologia Quirúrgica*. Madrid. Libreria Médica de R. Chena y Compañia. Imprenta F. Samarán. 1922. Páginas 377-396.
- 9.-Malgaigne, J F. *Manual de Medicina Operatoria, fundada en la Anatomia normal y patológica*. Madrid. Libreria de D. Angel Calleja, editor. S. A. (aproximad. a finales del siglo XIX). Páginas 128-151. Traducido por Benito Amado Salazar.

- 10.-Díaz y González, Isidoro. *Hernias, desbridamiento. Método Subcutáneo y diversos procedimientos*. Sevilla. M. del Castillo y Hermanos, impresores. 1881.
- 11.-Le Fort, Leon. . *Manual de Medicina Operatoria* por J. F. Malgaigne. Barcelona. Establecimiento Tipográfico-Editorial de Espasa Hermanos. S. A. (aproximad. a finales del siglo XIX) . Páginas 390-435. Traducido por J. Corominas y Sabater.
- 12.- Ribera y Sans, José. Tomo VII. *Enciclopedia Internacional de Cirugia* Dr. Ashhurst. Dirigida, anotada, y aumentada por el Dr. Juan Creus y Manso. Madrid. Nicolas Moya, editor. 1887. Paginas 544-639.
- 13.-Ulecia y Cardona, Rafael. *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas*. Madrid. Imprenta y Librería de Nicolás Moya. 1885. Páginas:153-155; 206-207; 665-666.
- 14.- Dubrueil, A. *Elementos de Medicina Operatoria*. Moya y Plaza, librereros del Ministerio de Fomento, de la Academia Española de la Medicina de Madrid. 1875. Páginas 592-617. Traducido por F. Ossorio y Bernaldo, y M. Gómez Pamo.
- 15.-Morales Pérez, Antonio. *Tratado de Operatoria Quirúrgica*. Barcelona. Establecimiento Tipográfico de los sucesores de Ramírez y C^a. 1882. Páginas 384-395.
- 16.-Cardenal, Salvador. *Manual Práctico de Cirugia Antiséptica*. Barcelona. Biblioteca Ilustrada de Espasa y C^a, editores. 1887. Páginas: 144-249; 595- 597.
- 17.-Ortiz de la Torre, J. *La experiencia de 500 hernias operadas*. Madrid. Imprenta de P. Apalategui. 1905.
- 18.-Guerin, Alfonso. . *Elementos de Cirugia Operatoria*. Madrid. Carlos Bailly Bailliere, librero de la Universidad Central, del Congreso de los Señores Diputados y de la Academia de Jurisprudencia y Legislación. 1870. Páginas 457-459. Traducido por Rafael Martínez Molina.

- 19.-Ribera y Sans, José . *Estudios Monográficos de Cirugía Española (Obra Póstuma)*. Madrid. Tipo.-Li. A. de Angel Alcoy. 1916.Paginas: 367-385.
- 20.-López-Ríos Fernández Fernando. *Orígenes históricos de la Cirugía Gastrointestinal en España (1830-1914)*. Tesis Doctoral 17/87. Madrid. Editorial de la Universidad Complutense.
- 21.-Guedea Calvo, Luis. *Historias de Clínica Quirúrgica*: historias clínicas recogidas y redactadas por los alumnos de dicha asignatura. Madrid. Establecimiento tipográfico de la bolsa/ Casa Vidal, librería Médica. 1900/1905.
- 22.-Sanchez Ocaña, Esteban. *Anuario de Medicina y Cirugía Prácticas para 1875*. Tomo Duodécimo. Madrid. Carlos Bailly- Bailliere, Librería Extranjera y Nacional, Científica y Literaria. 1879. Páginas 246-247.
- 23.-de Argumosa, Diego . *Resumen de Cirugía*. Madrid. Imprenta y estereotipia de José Maria Alonso. 1856. Páginas: 336-353.
- 24.-Mercier, P J . *Tratamiento de las hernias en los niños; Lecciones Clínicas dadas en el Hospital de Niños Enfermos por L. A. de Saint-Germain, cirujano del Hospital de Niños Enfermos*. Madrid. Librería Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere. 1887. Páginas 518-527. Traducido por E. Moresco.
- 25.-Goyanes, J. *Trabajos Herniológicos*. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. 1908; LXXVIII(10012): 129-137.
- 26.-Morris, Enrique. Enfermedades y Lesiones del Abdomen. *Enciclopedia Internacional de Cirugía*. Ashhrust. Madrid. Nicolás Moya, editor. 1887. Tomo VII, páginas 344-364. Traducida del Inglés y comentada por Dr. D. Juan Creus y Manso.
- 28.-Vazquez Quevedo, Francisco. *La Cirugía en España*. Iatros ediciones. Barcelona. 1994.

CONCLUSIONES

1.- Hernia es un término que parece provenir de la civilización romana, y quiere decir duro, refiriéndose a la consistencia que podía tomar dicha tumoración. Quizás los términos griegos enteroceles y epiploceles sean más apropiados. Se la consideraba un tipo de apostema (apostema es un tumor preternatural, patológico), concretamente apostema intestinal y omental. Los demás tipos de apostemas también los llama otros autores hernias falsas.

Nombres propios de nuestro país fueron potra (quizás relacionado con pútreo, describiendo la lamentable situación a la que podía llegar este padecimiento), o quebradura. A los que operan las hernias se le llamaban potreros o hernistas.

Las definiciones del s. XIX son más complejas, como la de Ribera y Sans que las diferencia de los prolapsos.

2.- Se clasificaban por su aspecto en Punta de Hernia, Bubones o hernias inguinales o hernias imperfectas, o ramices; y hernias escrotales (u oscheoceles).

por su contenido en: *enterocel* (intestino), *epiplocel* (epiplon), hernia de la vejiga, etc.

También se clasificaba en Húmedas y Secas, según que el saco contuviera o no líquido, lo que tenía una importancia técnica a la hora de realizar la quelotomía.

Y por supuesto en hernias inguinales, crurales o femorales, congénitas, y de la mujer...

Posteriormente se clasifica en: *Externa u oblicua externa*: las hernias que salen por la fosa externa.

Internas u oblicua interna: las que salen por la fosa interna. Está situada entre el cordón fibroso de la arteria umbilical y el uraco.

Medias o directas: las que salen por la fosa media. Dicha fosa está situada entre los vasos epigástricos y el cordón fibroso de la arteria umbilical.

Intrafuniculares, como dice Juaristi, y *perifuniculares*

3.- Se consideraba antiguamente que la causa de la hernia era por dilatación, o por rotura del peritoneo, de ahí que se les llame rupturas o quebraduras a las hernias.

Fragoso, en 1614, habla de cierta predisposición congénita. Beaumont, en 1728, cree que es el resultado del aumento excesivo de la presión intrabdominal, considerando la zona inguinal, por donde salen los vasos espermáticos, la más débil para soportar dicha presión. También se las relaciona con ciertas actividades y profesiones

4.-En cuanto al Diagnóstico Diferencial insisten en diferenciarlas de los abscesos o bubones, pues si se debrida una hernia estrangulada pensando que es un bubón, puede conllevar la muerte del paciente. Lozano, ya en 1929, las diferencia de los abscesos pósticos, de los hidroceles comunicantes, testículos ectopiados, adenopatías, y tumores sólidos.

5.-En lo referente al Tratamiento, en un principio se le da bastante relevancia al tratamiento dietético y farmacológico. Dichas recopilaciones son extremadamente curiosas. De las que he revisado la de Juan de Vigo, en 1717, es la más completa.

6.- El braguero ha sido hasta finales del siglo XIX el tratamiento principal de las hernias. Los bragueros más elementales, como refería Celso para los niños, consistía en un vendaje muy apretado con una pelota hecha de lienzo usado o de trapos. Sobre el 1500 se construyeron en Pavia bragueros con el escudo y el cingulo de hierro. En Francia se construían bragueros flexibles de paño o de cuero; otros más firmes hechos de alambre torneado en espiral. La estructura del braguero era: el escudo, formado en general de madera recubierta de cuero o cera o esponja; o posteriormente, de plomo, o por una chapa metálica con una cierta inclinación y recubierta de corcho, sobre el que se pone o mantiene una almohadilla convexa rellena de lana ó cerda o borra de seda, o de papel que se moja para moldearlo y cubierta de gamuza, tela, o de cautchuc lleno de aire: este conjunto constituía la pelota ; ésta se aplica sobre el orificio herniario una vez reducida la hernia. También se hacían pelotas duras de marfil o de box, o de cuerno. El cingulo, que rodea la cintura. Entre el braguero y la piel se ponía un lienzo o una gamuza. Los materiales ha cambiado conforme ha mejorado el desarrollo técnico: de lienzo sobre todo para los niños, madera, cuero, corcho, hierro, plomo; se cubrían de cuero, cera; el braguero elástico de acero, que bien describe Pedro Lassus en 1797, supuso una mejora muy interesante, fué inventado o perfeccionado por Blegny; de

cautchouc, también utilizaba el marfil, gomas llena de agua o de aire para las pelotas...

Se utilizaba el bragueros con intención curativa o paliativa. Se consideraba que se podía curar con el bragueros las hernias de la infancia y hasta de los adultos jóvenes, pero debía llevarlo permanentemente durante muchos meses, Heister dice que seis meses y en los adultos al menos un año, incluso algunos habla de años, con limitación de la actividad del paciente; dice Ribera y Sans: "En los niños se aconseja que lo tenga puesto hasta complete el periodo de crecimiento, y en los adultos durante mucho tiempo"; incluso aconseja diez y veinte años. Algunos autores del siglo XIX, como Dubrueil, ya consideran que puede liberarse del bragueros durante el descanso nocturno. Ribera y Sans, a finales del XIX considera que el bragueros puede conseguir la cura radical en niños y adultos jóvenes, pero en su obra de 1916 limita el tratamiento con el bragueros a la infancia y manifiesta que la intervención es la regla en los adultos.

Hay gran variedad de bragueros, según el tipo de hernias: inguinales o crurales, reductibles o irreductibles, bilaterales. Los bragueros más comunes era el modelo "francés" y el modelo "inglés".

7.-La taxis ha sido el tratamiento fundamental durante siglos de la hernia encarcerada. A los enfermos se les preparaba: las sangrías, pescritas más o menos empíricamente, lo que conseguía era hipotensar y chocar al enfermo, consiguiendo al desmayarse el suficiente estado de relajación para reducir la hernia, como comenta D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde en 1763. Se complementaba con opio por vía oral o por lavativas, como aconsejaba Bell en 1797; baños calientes, lo cual también sedaba y relajaba al paciente, y cataplasmas emolientes o repercusivos fríos, con finalidad antiinflamatoria, analgésicas, antiflatulentas como aconseja Munnicks en 1771, enemas como de humo de tabaco que aún se usaba en el siglo XIX, según recoge Morales Pérez en 1882, etc..

Los pacientes se colocaba en la que posteriormente se llamó posición de Trendelenburg, aunque fué usada al menos desde el medievo. También se relajaba al paciente manteniendo las piernas flexionadas, las caderas algo elevadas, y al paciente levemente incorporado, o se le coloca del lado opuesto a la hernia.

La taxis se podía prolongar durante mucho tiempo: quince minutos o más, y a veces

forzando (taxis de cuatro manos, taxis de seis manos), o se complementaba con algún tipo de compresión elástica, o colocando algo pesado sobre la hernia. Pedro Lassus habla de realizar la taxis durante "medio cuarto de hora"; Le Fort, a finales del XIX, aconseja no prolongar la taxis más de veinte minutos, aunque algunos la prolongaban durante horas. La taxis forzada ocasionó graves accidentes, como el estallido del intestino y la reducción en masa .

En cuanto a la técnica de la taxis se resalta:

Antes de reducir la hernia muchos autores extraen algo más del contenido hemiario, lo cual, según ellos facilita la reducción. Otros intentan ablandar el contenido intestinal. Se reduce primero lo último que salía.

Antes de iniciar la reducción Malgaigne, en XIX, aconseja intentar vaciar el intestino de su contenido, procediéndose a la taxis con el intestino vacío.

Ya Pedro Lassus, en 1797 refiere la reducción en masa como complicación de la taxis: "Si la hernia no ha sido reducida, sino repulsada detrás del anillo, los accidentes han continuado, es preciso la incisión".

Algunos autores, como aún refiere Argumosa en 1856, puncionaban el intestino para descomprimirlo y facilitar su reducción como con una aguja de sutura, bien durante la taxis o en la quelotomía. Esto está poscrito por otros.

Después de la taxis y el braguero, se aconseja sobre todo quietud; algunos recomiendan algún tipo de cataplasma o emplastro astringente. Se procura que las heces sean blandas. En lo referente a las medidas locales y generales complementarias a la taxis es Munnicks quién mejor lo expone en los textos que se han revisado.

8.-Tratamiento quirúrgico.-

Entre los autores que se ha revisado Fabricio Aquapendente, Heister, en 1749, Ribera y Sans son los que mejores exponen las técnicas quirúrgicas. Aquapendente ya describe la utilización de algún método de drenaje en la operación de ciertas hernias.

Hay que distinguir que las hernias las operaba "cirujanos de carrera" y también otro tipo de sujetos, empíricos, llamados potrereros (sanapotras o sacapotras para Cervantes), o hernistas, o argitas.

Al inicio los primeros sólo aconsejaba la intervención sino había otro medio para tratar la hernia estrangulada, considerándola una intervención peligrosa, sobre todo en

las hernias grandes. Con frecuencia precisaban o realizaban la castración. Como dice Fabricio Aquapendente, en 1673: "...se llega a obrar en tales como en cuerpos ya muertos ...". Lassus nos confirmaba la ineficacia de la cura radical en su tiempo.

En general se trata de debridamiento o quelotomía: con la ayuda de una sonda acanalada se llega al orificio que estrangula la hernia, que se dilata con un bisturí que se guía por el canal de la sonda mediante una o, como más tarde también se recomendaba, varias incisiones cortas. Los autores explican que no siempre es el anillo la causa de la estrangulación, puede ser el cuello del saco, alguna adherencia en su interior, incluso la fascia cribiforme en las crurales. Luego se reseca el saco bajo una ligadura por transfixión. Luego se coloca un apósito, y una espica, o braguero. La mayoría realiza la incisión sobre la tumoración; no obstante Sharp, en 1753, la inicia "por encima de los anillos de los músculos" hasta la mitad del escroto, insistiendo en que se extienda sobre los anillos. Está contraindicada la quelotomía cuando hay gangrena.

Algunos utilizaban un tipo de "bisturís ocultos", diseñado para las quelotomías

Se soluciona la estrangulación pero no la hernia, que permanece corregida por el braguero. Hubo intentos de cura radical de las hernias anteriormente sin resultados. Intentaban en general estimular la formación de un tejido duro cicatrizal que impidiera la reproducción de la hernia, y se realizaba mediante suturas o por cauterio; son técnicas ya descritas por Celso y cirujanos árabes. También se cauterizaba con cáusticos como el ácido sulfúrico, o una mezcla de jabón y cal viva

No obstante Heister también indica la intervención en los que no pueden soportar el braguero: "...cortando el cutis, se aparta del saco la hernia, y repuestas ya las partes prolapsas, se liga el anillo del músculo oblicuo externo...".

Los Potreros o Argitas eran cirujanos "vagamundos" que iban de pueblo en pueblo, operando hernias, dejando atrás muchos desastres y castrados. Su actividad se prohibió en muchas ciudades. Eran despreciados por los cirujanos de carrera. Ellos le dieron mala fama a la profesión de cirujanos. Muchos trabajaban también como castradores de animales. No era raro las pérdidas de los testículos en estas operaciones, lo que disimulaban habilmente.

No obstante estaba indicada la castración en ciertas situaciones: grandes adherencias con desestructuración, en grandes hernias escrotales de individuos mayores, cuando coexiste un tumor testicular.

Algunos Cirujanos no operaban las hernias, como Juan de Vigo, que aconseja no operarlas; y como Daza, quien aconseja que esta labor la haga los hernistas. Algunos hernistas trabajaba en relación con los médico, o cirujanos de carrera, en algunos hospitales.

9.-El cuadro de obstrucción intestinal por hernias estrangulada se le llamaba "cólico miserere"; se clasificaba la obstrucción intestinal de las hernias en dos tipos:

por incarceration del asa causada por el orificio herniario, que es lo común hoy en día.

por atascamiento e induración del contenido intestinal, que se ve hoy rara vez (Yo he visto un caso en un enfermo senil portador de una importante hernia).

10.-A mediados del XIX se inició una forma de tratamiento quirúrgico de las hernias sin hacer incisiones que consistía en taponar el orificio herniario con la piel del escroto invaginada, una vez reducida la hernia. El representante español más importante del método de invaginación para el tratamiento de las hernias fué el Dr. Egea. Dicho procedimiento lo complementaba muchos autores con aplicación de cáusticos.

11.-También Argumosa, entre otros inició en nuestro país la anestesia general en 1847, aunque las hernia también se llegaron a operar con anestesia local. También se realiza taxis bajo anestesia.

12.-A medida que se desarrollaba la antisepsia y asepsia aumentaba las intervenciones de las hernias. El Dr. Cardenal con su libro: "Cirugia Antiséptica", en 1887, tuvo gran importancia en la introducción en nuestro país de las técnicas de antisepsia de Lister, que utilizaba sobre todo el ácido fénico, principio activo de la creosota, producto de la combustión que se utilizaba para el ahumado de las carnes con el fin de evitar su putrefacción. También recopila Cardenal las técnicas de otros autores. Expone también diversos tubos de drenajes.

Se fueron ampliando las indicaciones de las intervenciones de las hernia a las reductibles, y a las congénitas. Ya es frecuente hablar de "cura radical" de las hernias. Y cuando se opera una hernia estrangulada, aparte de solucionar la estrangulación se

realiza la cura radical.

Se utilizaron muchas técnicas: ligadura del saco o sutura de su cuello, resección del saco, invaginación el saco, sutura del orificio herniario, o se procuraba que la ligadura del saco y el orificio herniario no coincidiese como el punto de Barker o el procedimiento de Lucas Championnière, explicado por Ortiz de la Torre, sutura de los pilares, incluso taponamiento del orificio herniario con el testículo, o con un cuerpo extraño como hueso descalcificado. Nos cuenta Ribera y Sans que L. Championnière también cerraba el trayecto herniario, avivado sus bordes, con catgut, incluido los orificios interno y externo; se dejaba un drenaje antes de cerrar la piel con seda o con crin.

Pero la técnica que más se utilizaba ya a inicios del XX, fué la de Bassini con sus variantes, pudiendo asociarse el procedimiento de Barker para tratar el saco.

Ribera y Sans inventó una variante de la técnica de Bassini se parece a la técnica de Shouldice, pues se reparaba con sutura continua y en varias capas. Pero la razón era completamente distinta: era el problema de intolerancia o infección de aquellas suturas, ya que con esta técnica, se podía retirar la sutura a los quince días aproximadamente.

La mortalidad a finales del siglo pasado era para las hernias no complicadas entre el 3 al 7 por ciento, y para Lozano, en 1929, no llega a 0,2- 0,5 por ciento. Para Ortiz de la Torre las recidivas eran el 10 por ciento, y para Lozano era del 0,5 al 3 por ciento.

13.- Se expone el método subcutáneo de "desgarramiento" del anillo herniario del Dr. Díaz y González, para las hernias encarceradas, que describe en 1881: realizaba dicho desgarramiento sin o con una pequeña incisión.

14.- Las complicaciones principales referidas de las hernias eran la inflamación, que puede acabar en un absceso local o en una peritonitis; el atasco estercoráceo y la encarceración. Dice Lozano que en caso de extrangulación, en un 5% se resuelve mediante la formación de un flemón y de una fístula estercorácea; el 95% de los casos abandonados a sí mismo termina con la muerte.

15.- Así pues en los primeros periodos de este estudio sólo se indicaba la intervención de las hernias cuando éstas se encarceraban y no se podían reducir con la

taxis, estando comprometida la vida del paciente. La quelotomía se consideraba una operación muy grave, y aún así lo consideraba Argumosa en el siglo XIX; a finales del XIX en la enciclopedia de Ashhurst admite Ribera y Sans que operar las hernias estranguladas era la regla y no la excepción, evitándose taxis forzadas o prolongadas; también se evita la taxis tardía. Se va limitando las indicaciones de la taxis. El Dr. Cardenal menciona la reducción bajo anestesia. Ribera y Sans, Olivares y otros aconsejan continuar la quelotomía con la cura radical de la hernia si es posible; ésto ya lo había intentado A. Paré pero los resultados eran muy malos, gracias a la antisepsia volvió a ser una práctica común a finales del XIX.

16.- Antes de ser intervenido de una hernia estrangulada, se preparaba al paciente. Ortiz de la Torre aconseja preparar al paciente con la administración de suero artificial para evitar el colapso, y en estados graves no aconseja ningún tipo de anestesia general ni local.

No cortaban el anillo herniario si el intestino estaba gangrenado, de este modo se producía un fístula y no una peritonitis.

La herida se dejaba abierta, en general, cubierta con un apósito bastante estandarizado, que a su vez se cubría con el braguero. El paciente guardaba reposo absoluto en cama.

La mortalidad de las intervenciones de las hernias estranguladas era del 50 al 78,8 por ciento según Le Fort. Era graves en las edades extremas de la vida, y cuando se opera mas allá de las cuarenta y ocho horas. Según Mitchel Banks, en 1887, morían por sepsis, aunque no hubiese peritonitis. Con la antisepsia y la asepsia disminuyó mucho la mortalidad de las quelotomías a 12-16 por ciento.

17.-En cuanto a las complicaciones intestinales, se reparaban las pequeñas lesiones intestinales producidas por el cirujano con una sutura en asa: la cual comprendía el mesenterio próximo a la perforación, y también los bordes de la herida abdominal, para que la herida intestinal no quede lejos del exterior ante la incidencia de una deshicencia; en el S. XIX en la Enciclopedia de Ashhurst se expone una modificación por la que la sutura no comprendía el mesenterio sino las capas superficiales de los bordes de la herida intestinal, además de la pared abdominal. Las zonas gangrenadas y

perforadas las dejaban abiertas próximas a la herida, fijadas por las propias adherencias o por alguna sutura, a la manera de ileostomia. No obstante si se trataba de una pequeña escara o una perforación pequeña Ribera y Sans recomienda en 1887 la excisión de la zonas de vitalidad dudosa, y luego la ligadura lateral o la sutura. Cuando se trataba de una zona extensa gangrenada la mayoría la resecaba y construía una enterostomia, exteriorizando al menos el cabo proximal; algunos la dejaba que se descompusiera, produciendo una enterostomia espontaneamente.

El paciente recogía su contenido intestinal en tan incómodo lugar como podía; poco a poco se fueron inventando algunos artilugios. Incluso se taponaba con un obturador

Las enterostomias a veces cerraban espontaneamente recobrando el tránsito intestinal el paciente. aunque algunos sufrían episodios de subostrucciones y de obstrucciones. D. Diego de Argumosa nos describe en 1856 el uso del enterotomo de Dupuytren, luego se hicieron modificaciones, para romper el tabique de los dos extremos de la ileostomia, facilitando el tránsito intestinal y el cierre de la ileostomia. Otros canalizaba el intestino distal y proximal con un tubo de goma a través de la ileostomia para facilitar su cierre espontáneo.

Otros propugnan las anastomosis de los extremos. Eran los menos pues se seguía de complicaciones mortales; en el siglo XIX Segond, referido por Ribera y Sans, recoge una mortalidad del 50 por ciento; o problemas obstructivos. Siempre fijaba el asa de la anastomosis cerca de la herida por si hubiera alguna fístula. Ya Daza, en 1626, nos habla de los inconvenientes de la seda y del catgut¹ de su época para la sutura intestinal, y ridiculiza las cabezas de hormigas. Otros recurren para proteger la anastomosis a una cánula de sauco, una traquea de animal. Estas técnicas parece que ya se utilizaba en el medievo aunque posteriormente volvieron a la luz más perfeccionada. O incluso a un naípe enrollado, que colocaban dentro de la luz de los dos extremos.

La más acreditada parece que fué el procedimiento de Ramdhor, que anastomosaba invaginando el extremo proximal en el distal; no siempre era fácil saber cual era el extremo distal y el proximal.

Es a finales del siglo XIX cuando empieza a describirse con más seguridad las

¹.- Concretamente dice: "hebra sacada de una tripa de camero, u otro animal"

resecciones y anastomosis primaria del intestino. No obstante la mortalidad era del 50 %. Y la mortalidad del ano contra natura y una resección posterior para reconstrucción era del 38 por ciento. La mortalidad descendió mucho con la antisepsia y la asepsia

Las heridas intestinales, en general traumáticas, se trataba de un modo similar: las del tamaño de una pluma dice Heister que cierran solas.

Dice Heister en el Siglo XVIII, que si la lesión intestinal es intraperitoneal que se deje al paciente a la divina Providencia, o se coloque boca abajo para que drene.

Las heridas intestinales laterales se suturaban por la técnica de "pellejeros" que consistía en una sutura continua, realizada de tal manera que se podía extraer el hilo al cabo de unos días. La zona suturada siempre se solía fijar a la herida exterior por si acontecía una deshicencia. Luego aparecieron otras técnicas

D. Diego Velasco y D. Francisco Villaverde describe detalladamente la técnica de sutura intestinal de Ledran, muy parecida a la de Sharp : pasaba puntos de un borde a otro de la herida; luego anudaba todos los cabos de un borde entre sí, y se hace lo mismo con los cabos del otro borde de la herida; luego se retuercen todos los cabos, formando una especie de cordón y frunciendo el intestino, el cual se adhiere a sí mismo, y no lo fija a la pared. Cuando había importante pérdida de substancia aconseja varias suturas en asa, para sujetar el intestino a la herida para facilitar la salida de su contenido, y no dice que se suture los bordes de la herida intestinal.

18.- El epiplon extrangulado con frecuencia no se reducía, se dejaba "tapando" el orificio herniario. El epiplon gangrenado era objeto de discusión hasta el siglo XIX: hay quién consideraba que se podía dejar en los bordes de la herida para que la parte gangrenada se desprendiera espontaneamente, y la parte que quedase sirviera para taponar el anillo. Otros opinan que se puede resecar, pero sin ligarlo, pues consideran que la ligadura sometía al epiplon a una situación de extrangulación semejante a la que ya había producido la hernia; pero temían la hemorragia posterior. Otros ligaban y resecaban y reducían la parte sana. Los que no lo resecaban lo dejaba que se descompusiera sólo, o ayudado, como cauterizando con un enterotomo cargado con cloruro de zinc.

19.-En cuanto al tratamiento de la herida, ésta se dejaba abierta, no sólo por la

infección, sino porque se razonaba que al cerrar desde el anillo a la superficie se producía una cicatriz que protegía de la recidiva. La "sutura seca" era poco recomendada en la hernia estrangulada: ni San German, ni Le Fort, ni Ortiz de la Torre en 1897 la recomendaba.

20.-Era raro operar las hernias congénitas, solían tratarse y, según refiere solucionarse, con el braguer, aunque Ortiz de la Torre indica la intervención cuando la hernia progresa, no se reduce bien, o el enfermito padece dolores cólicos, o no tolera el braguer; refiere haber operado a algún paciente de seis meses. Dice Ortiz de la Torre que estos pacientes resiste bien la operación y la anestesia. No se puede utilizar braguer en caso de testículo ectópico.

Refiere Ortiz de la Torre su técnica de plegamiento de la aponeurosis del oblicuo con una sutura continua de catgut: la "conglutunación cicatrizal" resultante favorecería la tendencia obliterated del canal peritoneovaginal resultante. La indicaba en las hernias incipientes o intestinales. En las que ya sobresalía el saco por el orificio inferior del conducto (bubonocoele) hay que reseca el saco, cualquiera que sea el procedimiento que se emplee para obliterar el canal.

Ribera y Sans aconseja operar los niños menores de seis años si: presenta ectopia testicular, se trata de hernias grandes con amplios anillos, o el braguer no da resultado.

21.- Hasta finales del XVIII la mayoría de los Autores no dan explicaciones explícitas para el tratamiento de la hernia crural, tratándola de modo semejante a la inguinal. Gimbernat con su obra sobre el tratamiento de la hernia crural, tuvo una importante transcendencia. Se expone la técnica de Taxis de Lassus, y la de Gimbernat, que es la más detallada de las que se ha revisado hasta su tiempo.

En cuanto al tratamiento quirúrgico Lassus refiere la sección del arco crural parcial oblicuamente hacia adentro o afuera, según la localización de la hernia, con el fin de evitar lesionar los vasos. Gimbernat expone su técnica (avalada por Hunter, y que él sólo practicó en dos ocasiones antes de su publicación), que consiste en seccionar el ligamento se su nombre, considerado por él el causante de la estrangulación.

Las hernias crurales, que rara vez son congénitas, como comenta Juaristi y Lozano, sufren más frecuentemente encarceraciones y gangrena.

Los autores rara vez dan indicaciones especiales para el tratamiento de las hernias

crurales con respecto a las inguinales

Las hernias enteroparietales de Richter describe Juaristi, en 1922, que suelen darse en las hernias crurales, aunque este tipo de extrangulación intestinal ya está descrito anteriormente ("cuando el intestino está sólo pellizcado..."). Para Ortiz de la Torre eran las que más se reproducían, debido a la rigidez de las estructuras que limitan el anillo crural. Olivares la clasificaba en completa, intersticial y punto de hernia; variedades menos frecuentes eran: La hernia crural oblicua externa, la hernia por fuera de los vasos, la hernia a través del ligamento de Gimbernat (Hernia de Laugier), la hernia pectínea, hernia bilobulada de Cooper, hernia de Hesselbach, hernia cruroperitoneal. Nos comenta Roche y Sanson, en 1828, que hay que diferenciarla del ganglio inflamado, el bubonocelo, el bubón, absceso, tumor varicoso de la vena safena. Juaristi establece también el diagnóstico diferencial con las orquitis ectópicas, los abscesos osifluentes y los aneurismas de la femoral.

No todos los autores, como Juaristi están de acuerdo en la taxis de la hernia crural, y hay quién duda, como Le Fort, de la eficacia del braguero, el cual tantea la taxis no más de quince minutos. Dicho autor considera que no es el anillo el causante de la incarceration sino la abertura de la fascia cribiforme.

El debridamiento varia en su dirección según los autores: Sharp hacia afuera y arriba; Pott hacia arriba; Gimbernat hacia el ligamento que lleva su nombre, Scarpa y otros hacían debridamiento múltiple, etc. D. Isidoro Diaz y González considera que es imposible desgarrar con el dedo, para dilatar el anillo crural, sin incidir la piel y aún incidiéndola.

Olivares, en 1922, y Lozano nos aconseja debridar con premura las hernias crurales, pues la gangrena del intestino se desarrolla con rapidez.

De los procedimientos para la cura radical que menciona Ortiz de la Torre resalta el de Roux que clava el ligamento de Falopio al arco pubiano con la grapa de un tapicero, también resalta y es el que dicho autor prefiere es el de Ruggi, quien hace pasar el pedículo del saco crural a través de la pared posterior del conducto inguinal y concluye por un Bassini. Otros autores tienen otras técnicas pero con el hecho común de "inguinalizar" el saco crural. Otros utilizan para obturar el anillo crural un colgajo de tejido vecino, como piel, pectíneo, aductor, sartorio; o un fragmento de cartílago costal o placas óseas. Hay quién aconseja, como Southam, utilizar el epiplon para obturar la

hernia crural: anudan juntos el epiplon y el cuello del saco en el momento de reseca este; también menciona la utilización de drenaje en la intervención de la hernia crural.

Goyanes, en 1907, creó un método propiamente diseñado para tratar conjuntamente hernia inguinal y crural coincidentes. Olivares menciona más de 29 procedimientos en aquella época.

Lozano refiere una mortalidad en la cura radical del uno por ciento, y una tasa de recidiva del 5 al 7 por ciento. En caso de incarceración la mortalidad supera a la de la hernia inguinal.

21.-Pedro Lassus, en 1797, nos comenta sobre la extrangulación del que ahora llamamos divertículo de Meckel, del diverticulum, como lo describió Ruysch. Litre recomendaba en 1700 ligarlo en la parte sana y reseca la gangrenada, y reducir el resto.

FUENTES

Aquapendente, Fabricio. *Crisol de Cirugia*. Madrid. Ivan Garcia Infanzón 1673. Traducido por D. Pedro Gonzalez de Godoy, oficial mayor de la Secretaria de las Lenguas.

de Argumosa, Diego . *Resumen de Cirugia*. Madrid. Imprenta y estereotipia de José Maria Alonso. 1856.

Ayala, Gerónimo. *Pricipios de Cirugia, utiles y provechosos, para que puedan aprovecharse los principiantes en esta facultad. En esta ultima impression va añadido el libro intitulado. Del Parto Humano, compuesto por Francisco Nuñez, doctor en la Universidad de Alcalà, y el Tratado de Cirugia, sacado de la Cirugia Universal, que efectivió el Licenciado Juan Fragoso*. Valencia. Por Vicente Cabrera. 1693.

Beaumont, Blas. *Exercitaciones Anatomicas. Esenciales Operaciones de Cirugia*. Madrid. Imprenta del Convento de Nra. Sra. de la Merced. 1728.

Bell, Benjamin. Tomo I. *Sistema ó Curso Completo de Cirugia*. Madrid. Imprenta de Manuel Gonzalez. 1797. Traducido por D. Santiago Garcia.

Braithwaite, J. *Anuario de Medicina y Cirugia*, revista semestral. Segunda Serie, Tomo II; Julio á Diciembre de 1885. Madrid. Libreria Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere. 1887. Traducido por Enrique Camps y Rocha.

Canivel, Francisco. *Tratado de Vendajes y Apósitos*. Barcelona. Teresa Piferrer, viuda. 1763.

de Carcamo i Zeballos, Bernardo Vicente. *La Cirugia de Juan de Munnicks*.

Valencia. Por Francisco Bur guete, impresor del Santo Oficio. 1771.

Cardenal, Salvador. *Manual Práctico de Cirugia Antiséptica*. Barcelona. Biblioteca Ilustrada de Espasa y Cª, editores. 1887.

de Cascaron, Francisco Xavier. *Suplementos a las Instituciones Chirurgicas de Lorenzo Heister*. Madrid, Oficina de Helenio Santos Alonso. 1782.

Daza Chacon, Dionisio. Libro Tercero, De los Apostemas en los miembros particulares. *De la Practica y Teorica de Cirugia en Romance y en Latin*. Madrid. Viuda de Alonso Martin. 1626.

Diaz, Francisco. Capítulo Segundo, en el que se trata de las hernias, y de su curación. *Compedio de Chirurgia*. 1575.

Diaz y González, Isidoro. *Hernias, desbridamiento. Método Subcutáneo y diversos procederes*. Sevilla. M. del Castillo y Hermanos, impresores. 1881.

Dubrueil, A. *Elementos de Medicina Operatoria*. Moya y Plaza, libreros del Ministerio de Fomento, de la Academia Española de la Medicina de Madrid. 1875. Traducido por F. Ossorio y Bernaldo, y M. Gómez Pamo.

de la Fayé, Jorge. *Principios de Cirugia*. Madrid. Imprenta de Pedro Marín, cuarta edición. 1781. Traducido por D. Juan Galisteo y Xiorro.

Le Fort, Leon. . *Manual de Medicina Operatoria por J. F. Malgaigne*. Barcelona. Establecimiento Tipográfico-Editorial de Espasa Hermanos. S. A. (aproximad. a finales del siglo XIX) . Traducido por J. Corominas y Sabater

Fragoso, Juan. *Cirugia Universal y Completa*. Alcalá de Henares. Casa de Juan Gracia. 1621 (y 1614).

de Gimbernat, Antonio. *Nuevo Método de operar en la Hernia crural*. Dedicado al Rey Nuestro Señor Carlos IV (Que Dios Guarde). Madrid. Imprenta de la Viuda de Ibarra. 1793.

Goyanes, J. *Trabajos Herniológicos*. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. 1908; LXXVIII(10012).

Guedea Calvo, Luis. *Historias de Clínica Quirúrgica*: historias clínicas recogidas y redactadas por los alumnos de dicha asignatura. Madrid. Establecimiento tipográfico de la bolsa/ Casa Vidal, librería Médica. 1900/1905.

Guerin, Alfonso. *Elementos de Cirugía Operatoria*. Madrid. Carlos Bailly Bailliere, librero de la Universidad Central, del Congreso de los Señores Diputados y de la Academia de Jurisprudencia y Legislación. 1870. Traducido por Rafael Martínez Molina.

Heister, Laurencio. *Instituciones Chirúrgicas, Cirugía Completa y Universal*. Madrid. Por Miguel Francisco Rodríguez. 1749. Traducido por D. Andrés García Vázquez.

Infante de Aurioles, Fernando. *Cirugía de Guido de Gauliaco*. Madrid. Imprenta de María Quiñones. 1658.

Juaristi, Victoriano. *Manual Español de Cirugía*. Madrid. Editorial Plus-Ultra. 1922.

Lassus, Pierre. *Medicina Operatoria*. Tratado Elemental de las Operaciones de Cirugía. Madrid, Oficina de D. Gerónimo Ortega y Herederos de Ybarra. 1797. Traducido por don Pedro Pérez.

Lozano, R. *Patología Quirúrgica*. Madrid. Sucesores de Rivadeneyra (S. A.). Artes Gráficas. 1929.

Malgaigne, J F. *Manual de Medicina Operatoria, fundada en la Anatomía normal*

y patológica. Madrid. Librería de D. Angel Calleja, editor. S. A. (aproximad. finales del siglo XIX). Traducido por Benito Amado Salazar.

Martinez, Martin. *Examen Nuevo de Cirugia Moderna*. Madrid. Imprenta Juan de Zuñiga. 1743.

Martinez, Martin. *Medicina Sceptica y Cirugia Moderna*. Madrid. 3ª impresion. Imprenta Real. 1748.

Mercier, P J . *Tratamiento de las hernias en los niños; Lecciones Clínicas dadas en el Hospital de Niños Enfermos por L. A. de Saint-Germain, cirujano del Hospital de Niños Enfermos*. Madrid. Librería Editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere. 1887. Traducido por E. Moresco.

Morales Pérez, Antonio. *Tratado de Operatoria Quirúrgica*. Barcelona. Establecimiento Tipográfico de los sucesores de Ramírez y Cª. 1882.

Morris, Enrique. *Enfermedades y Lesiones del Abdomen. Enciclopedia Internacional de Cirugia*. Ashhrust. Madrid. Nicolás Moya, editor. 1887. Tomo VII. Traducida del Inglés y comentada por Dr. D. Juan Creus y Manso.

Olivares, Laureano. *Lecciones de Patologia Quirúrgica*. Madrid. Librería Médica de R. Chena y Compañía. Imprenta F. Samarán. 1922.

Ortiz de la Torre, José. *Terapéutica Quirúrgica. Obliteración de las Hernias*. Madrid. Imprenta del Asilo de Huéfanos del S. C. de Jesús. 1897.

Ortiz de la Torre, J. *La experiencia de 500 hernias operadas*. Madrid. Imprenta de P. Apalategui. 1905.

Ribera y Sans, José. *Estudios Clínicos de Cirugia Infantil*. Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugia Prácticas. Madrid. Administración de la Revista de Medicina y

Cirugia Prácticas. 1887.

Ribera y Sans, José. Tomo VII. *Enciclopedia Internacional de Cirugia* Dr. Ashhurst. Dirigida, anotada, y aumentada por el Dr. Juan Creus y Manso. Madrid. Nicolas Moya, editor. 1887.

Ribera y Sans, José . *Estudios Monográficos de Cirugia Española (Obra Póstuma)*. Madrid. Tipo.-Li. A. de Angel Alcoy. 1916.

de Robledo, D. Diego Antonio. *Compendio Chirurgico*. Barcelona. Imprenta Rafael Higuera. 1703.

Roche, L CH, Sanson, L. *Nuevos elementos de Patologia Médico-Quirúrgica ó compendio teórico-práctico de Medicina y Cirugia*. Madrid. Imprenta de Verges. 1828. Traducido por Mariano Delgras y Diego de Argumosa.

Romano, Alonso. *De toda la Theorica, y la Practica de Cirugia, muy importante para los practicantes de ella*. En Valencia. Por Benito Macè. Año de 1665.

de San German, Antonio. *Tratado Elemental de afectos Esternos y operaciones de Cirugia, compuesto para la enseñanza*. Barcelona. Imprenta de Narciso Dorca. 1822.

Serena, Bartoloméa y Medina, Antonio. Libro II, Tratado V. *Curso Nuevo de Cirugia, para enseñanza de los que se dedican a esta utilísima Facultad*. Mandado hacer por el Real Tribunal del Protho-medicato. Madrid. Imprenta de Joseph Doblado. 1782.

Sanchez Ocaña, Esteban. *Anuario de Medicina y Cirugia Prácticas para 1875*. Tomo Duodécimo. Madrid. Carlos Bailly- Bailliere, Libreria Extranjera y Nacional, Científica y Literaria. 1879.

Sharp, Samuel. *Critica Synopsis de la Cirugia*. Madrid. Oficina del Mercurio, por Joseph de Orga, impresor. 1753. Traducido por D. Andrés Garcia Vazquez.

Ulecia y Cardona, Rafael. *Revista de Medicina y Cirugia Prácticas*. Madrid. Imprenta y Librería de Nicolás Moya. 1885.

Velasco, Diego y Villaverde, Francisco. *Curso Teorico Practico de Operaciones de Cirugia*. Impreso por primera vez en 1763. En Madrid, en la Imprenta de D. Benito Cano. 1793. También impreso en Madrid por D. Miguel Escribano. 1780.

de Vigo, Juan. *Teorica y Practica en Cirugia* Madrid. Imprenta de Angel Pasqual Rubio. 1717. Traducido del latín al castellano por el Doctor Miguel Angel Juan Pasqual.

Virrey y Mange, Pascual Francisco. *Manual de Cirugia Practica Promptuario Completo*. Madrid. Oficina de Antonio Sanz, impressor del Rey N. S., y de su Real Consejo. 1760.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

von Brunn, Walter. Resumen histórico de la Cirugia. Fotocopia en castellano (que he hallado en la Biblioteca de la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense), sin fecha, de lo que parece una traducción de *Kurze Geschichte de Chirurgie*, Berlín. 1928.

Escribano Garcia Victor. *La cirugia y los cirujanos españoles del siglo XVI*. Granada. Imprenta Urania. S. A. Páginas 141-151.

Escribano Garcia, Victor. *La Cirugia y Los Cirujanos Españoles del Siglo XVI*. El Dr. Francisco Díaz. Tip. Lit. Paulino V Traveset. Granada. 1934.

Fortique, José Rafael. *Un Cirujano Español del Siglo XVI*. Maracaibo. Editorial Universitaria de la Universidad del Zulia. 1968.

López-Ríos Fernández Fernando. *Orígenes históricos de la Cirugia Gastrointestinal en España (1830-1914)*. Tesis Doctoral 17/87. Madrid. Editorial de la Universidad Complutense.

Riera, Juan. *Los Textos Quirúrgicos Españoles de la Segunda Mitad del Siglo XVIII*. Cuadernos de la Historia de la Medicina Española. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1968.

Sanchez Capelot, Francisco. *La Obra Quirúrgica de Juan Fragoso*. Salamanca. Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1957.

Sánchez Granjel, Luis. *Cirugia Española del Renacimiento*. Cuadernos de la Historia de la Medicina Española. Ediciones de l Seminario de Historia de la Medicina

Española. 1968.

Sanchez Granjel, L y Riera, J. *La Cirugia del Renacimiento y la Cirugia del Barroco*. Historia Universal de la Medicina, patrocinada por P. Lain Entralgo. Salvat Editores. 1972.

Soriano de la Rosa, Concepción. *La Obra Quirúrgica de Dionisio Daza Chacón*. Salamanca. Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca. 1958.

Tabanelli, Mario. *Cirugia de la baja edad media*. Historia Universal de la Medicina, patrocinada por P. Lain Entralgo. Salvat Editores. 1972. Tomo III.

Vazquez Quevedo, Francisco. *La Cirugia en España*. Iatros ediciones. Barcelona. 1994.

